

Infection confirmée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* – mise à jour du guide d'usage optimal

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence des  
modes d'intervention en santé



Infection confirmée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*  
– mise à jour du guide d’usage optimal

*Rédaction*

Mélanie Turgeon

*Collaboration*

Christiane Carolle Lawson

*Coordination scientifique*

Marie-Claude Breton

*Direction*

Catherine Truchon

Ann Lévesque



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

### Membres de l'équipe de projet

#### Auteure principale

Mélanie Turgeon, B. Pharm., M. Sc.

#### Collaboratrice interne

Christiane Carolle Lawson, doctorat en médecine,  
M. Sc. santé publique

#### Coordonnatrice scientifique

Marie-Claude Breton, Ph. D.

#### Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

#### Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

#### Repérage de l'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Bin Chen, techn. docum.

Vicky Tessier, M.S.I., M.A. litt. comp.

#### Soutien administratif

Jean Talbot

---

### Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

#### Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

#### Avec la collaboration de

Catherine Lavoie, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

---

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

ISBN 978-2-550-87094-4 (PDF) (1<sup>ère</sup> Édition – 2020)

ISBN 978-2-550-98705-5 (PDF) (2<sup>e</sup> Édition – 2024)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à [droitdauteur@inesss.qc.ca](mailto:droitdauteur@inesss.qc.ca).

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Infection confirmée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* – mise à jour du guide d'usage optimal. Rapport en soutien rédigé par Mélanie Turgeon. Québec, Qc : INESSS; 2024. 67 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

## Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité d'experts sont :

**M<sup>me</sup> Natacha Beaulieu**, pharmacienne, GMF de la Clinique médicale urbaine du Quartier Latin et pharmacies Martin Duquette, Montréal

**D<sup>e</sup> Khadija Benomar**, médecin de famille, Clinique médicale Quorum, Montréal

**D<sup>e</sup> Anne Bruneau**, médecin de famille, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**D<sup>r</sup> Bruno Camiré**, gynécologue-obstétricien, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Hôpital Saint-François-d'Assise

**D<sup>e</sup> Judith Fafard**, médecin microbiologiste-infectiologue, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Clinique médicale Quorum, Montréal

**D<sup>r</sup> Claude Fortin**, médecin microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

**M. Emmanuel Gagné-Thibaudeau**, pharmacien, pharmacie A. Ben Abdennabi et E. Thibaudeau, Montréal

**M<sup>me</sup> Valérie G-Darbouze**, infirmière clinicienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**D<sup>e</sup> Annie-Claude Labbé**, médecin microbiologiste-infectiologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**M. Vincent Le Garff**, infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

## Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

**D<sup>e</sup> Anne-Karine Fortin**, médecin de famille, CISSS des Laurentides

**M<sup>me</sup> Sophie Prophète**, pharmacienne, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**D<sup>e</sup> Isabelle Tétrault**, médecin microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus

## Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la validation externe du guide d'usage optimal à titre de futurs utilisateurs :

**M<sup>me</sup> Marie-Claude Bédard**, infirmière clinicienne, SIDEPE, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**D<sup>r</sup> Samuel Boudreault**, médecin de famille, GMF-U du Nord de Lanaudière

**M<sup>me</sup> Julie Guay**, infirmière clinicienne assistante-infirmière-chef, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

**M<sup>me</sup> Élane Huang**, pharmacienne, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**M<sup>me</sup> Stéphanie Michaud**, infirmière clinicienne spécialisée en santé publique et soins cliniques des ITSS, Québec

**D<sup>re</sup> Martine Morin**, médecin de famille, Clinique de planning, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

**M. Frédéric Poitras**, pharmacien, directeur des services professionnels, Équipe des pharmacies Pierre-Olivier Bertrand, Québec

**M<sup>me</sup> Geneviève Vincent**, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

## Déclaration d'intérêts

Les auteures de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ces travaux. Les membres du comité consultatif qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

**D<sup>re</sup> Khadija Benomar** : propriétaire d'une clinique spécialisée en ITSS et d'un centre d'autoprélèvement pour les ITSS (Clinique médicale Quorum et Centre Prélib)

**D<sup>re</sup> Anne Bruneau** : membre du comité de rédaction de l'Avis intérimaire sur la chimioprophylaxie des infections bactériennes transmissibles sexuellement par la doxycycline

**D<sup>re</sup> Judith Fafard** : directrice du Laboratoire de santé publique du Québec

**D<sup>r</sup> Claude Fortin** : membre du Comité de rédaction de l'Avis intérimaire sur la chimioprophylaxie des infections bactériennes transmissibles sexuellement par la doxycycline

**D<sup>re</sup> Annie-Claude Labbé** : membre du Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CCN-ITSS) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), du Comité sur les infections transmises sexuellement et par le sang (CITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) de l'INSPQ

## Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.



# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES .....	IX
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE .....	3
2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS .....	4
2.1 Population visée .....	5
2.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	5
2.1.2 Perspective des cliniciens .....	5
2.2 Généralités.....	6
2.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	6
2.2.2 Éléments contextuels .....	6
2.2.3 Perspective des cliniciens .....	7
2.3 Prise en charge – intervention auprès de la personne atteinte.....	8
2.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	8
2.3.2 Éléments contextuels .....	8
2.3.3 Perspective des cliniciens .....	9
2.4 Prise en charge – intervention auprès des partenaires.....	10
2.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	10
2.4.2 Éléments contextuels .....	11
2.4.3 Perspective des cliniciens .....	11
2.5 Prise en charge – maladie à déclaration obligatoire .....	13
2.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	13
2.5.2 Éléments contextuels .....	13
2.5.3 Perspective des cliniciens .....	13
2.6 Prise en charge – gratuité de la médication.....	14
2.6.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	14
2.6.2 Éléments contextuels .....	14
2.6.3 Perspective des cliniciens .....	14
2.7 Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> – principes de traitement .....	15
2.7.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	15
2.7.2 Perspective des cliniciens .....	15
2.8 Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> – traitement de la personne atteinte.....	16
2.8.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	16
2.8.2 Éléments contextuels .....	16
2.8.3 Perspective des cliniciens .....	17

2.9	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> – traitement des partenaires asymptomatiques de la personne atteinte.....	18
2.9.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	18
2.9.2	Perspective des cliniciens .....	19
2.10	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> – traitement en cas de grossesse ou d'allaitement.....	20
2.10.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	20
2.10.2	Éléments contextuels .....	20
2.10.3	Perspective des cliniciens .....	21
2.11	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> – principes de traitement.....	22
2.11.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	22
2.11.2	Perspective des cliniciens .....	23
2.12	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> – traitement de la personne atteinte.....	24
2.12.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	24
2.12.2	Perspective des cliniciens .....	26
2.13	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> – traitement des partenaires asymptomatiques de la personne atteinte.....	28
2.13.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	28
2.13.2	Perspective des cliniciens .....	28
2.14	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> – traitement en cas de grossesse ou d'allaitement.....	29
2.14.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	29
2.14.2	Éléments contextuels .....	30
2.14.3	Perspective des cliniciens .....	31
2.15	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> – traitement en présence d'un antécédent de réaction allergique.....	32
2.15.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	32
2.15.2	Perspective des cliniciens .....	33
2.16	Test de contrôle.....	34
2.16.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	34
2.16.2	Perspective des cliniciens .....	35
2.17	Antibiorésistance .....	36
2.17.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	36
2.17.2	Éléments contextuels .....	36
2.17.3	Perspective des cliniciens .....	36
2.18	Réinfection .....	37
2.18.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	37
2.18.2	Perspective des cliniciens .....	37
2.19	Annexe – Interventions préventives relatives aux ITSS .....	38
2.19.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	38
2.19.2	Éléments contextuels .....	38
2.19.3	Perspective des cliniciens .....	38

2.20	Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques .....	40
2.20.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus .....	40
2.20.2	Perspective des cliniciens .....	40
	FORCES ET LIMITES .....	42
	ENJEUX ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX .....	44
	MISE À JOUR .....	45
	RÉFÉRENCES .....	46
	ANNEXE I .....	50
	Méthodologie .....	50
	ANNEXE II .....	66
	Description des documents retenus .....	66

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Modifications issues des travaux de 2024 .....	4
Tableau I-1	Sources d'information pour chacune des questions d'évaluation et type de revue de la littérature par dimension .....	52
Tableau I-2	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents avec recommandations aux fins de la revue systématique (dimension clinique) .....	57
Tableau I-3	Formulation des recommandations .....	63

## LISTE DES FIGURES

Figure I-1	Algorithme d'aide à la décision méthodologique visant un choix rapide et judicieux des meilleures données probantes .....	55
------------	---	----



# RÉSUMÉ

## Introduction

La dernière mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections confirmées à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et de l'Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a eu lieu en 2020. Comme la résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques continue de progresser et que certaines recommandations issues de lignes directrices nationales et internationales ont été modifiées, il a été jugé pertinent de revisiter le contenu du guide et de l'algorithme à la lumière des nouvelles données et lignes directrices disponibles.

## Méthodologie

Pour répondre au mandat, une revue systématique de la littérature scientifique sur les meilleures pratiques cliniques pour assurer la prise en charge des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* a été réalisée à partir de publications répertoriées dans des bases de données bibliographiques et dans d'autres sources d'information. L'analyse de l'information a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, sur les données de surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* au Québec et ailleurs dans le monde, puis sur la perspective des différentes parties prenantes consultées. Pour recueillir la perspective des parties prenantes, un comité consultatif formé de cliniciens de différentes spécialités et expertises a été créé. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lectrices externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que par des futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux.

## Résultats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats et messages clés suivants ont été reconnus comme porteurs pour soutenir l'harmonisation de la pratique clinique et faciliter la prise en charge des personnes qui présentent une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*. Les principales modifications issues de la mise à jour sont également présentées dans les lignes qui suivent.

**Le GUO vise les personnes de 14 ans et plus chez qui les analyses microbiologiques appropriées ont été réalisées et dont les résultats révèlent la présence de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeae* et les partenaires sexuels de celles-ci.**

Lorsqu'une infection de ce type est détectée, il faut s'assurer que les analyses microbiologiques ont été réalisées pour tous les sites exposés. Si une infection gonococcique a été détectée uniquement par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), un prélèvement des sites infectés pour culture visant à déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectué avant le début du traitement. Le prélèvement pour culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.

**En l'absence de grossesse, le traitement à privilégier chez les personnes qui ont une infection confirmée à *C. trachomatis* ou chez leurs partenaires asymptomatiques est la doxycycline.**

Les appellations « premier choix de traitement » (pour la doxycycline) et « deuxième choix de traitement » (pour l'azithromycine) ont été ajoutées dans le tableau de traitement du GUO mis à jour, de même que les raisons potentielles justifiant l'utilisation du deuxième choix de traitement. Ces dernières concernent un problème anticipé d'adhésion au traitement ou une allergie à la doxycycline pour la personne atteinte et un problème anticipé d'adhésion au traitement, une allergie à la doxycycline ou l'emploi du traitement accéléré des partenaires (TAP) pour le partenaire asymptomatique. En cas de grossesse, le premier choix de traitement est l'azithromycine et le deuxième choix, l'amoxicilline.

**Le traitement à privilégier pour les personnes atteintes d'une infection confirmée à *N. gonorrhoeae* et pour leurs partenaires asymptomatiques est la ceftriaxone intramusculaire. La dose unique de ceftriaxone intramusculaire recommandée a été augmentée à 500 mg dans le cadre de la présente mise à jour (la dose recommandée était auparavant de 250 mg).**

Puisque la ceftriaxone est l'antibiotique à privilégier pour le traitement de la gonorrhée, les termes « premier choix de traitement » (pour la ceftriaxone) et « deuxième choix de traitement » (pour la combinaison céfixime et azithromycine) ont été ajoutés dans le tableau de traitement du GUO mis à jour. Les premier et deuxième choix de traitement sont les mêmes pour la personne atteinte et pour ses partenaires asymptomatiques. Le traitement avec la ceftriaxone devrait toujours être privilégié, particulièrement lors d'infections pharyngées ou dans les cas où une exposition orale est rapportée. En présence d'une infection pharyngée, l'usage du schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine devrait toujours inclure la planification d'un test de contrôle. Il en est de même advenant la confirmation de l'infection chez les partenaires asymptomatiques ayant eu une exposition orale.

Lorsqu'un TAAN révèle la présence de *C. trachomatis*, il importe de vérifier si un test de contrôle est indiqué. Si *N. gonorrhoeae* est détecté par TAAN ou par culture, un test de contrôle est toujours recommandé. Le test de contrôle recommandé pour une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* est un TAAN effectué le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement (auparavant, le TAAN de contrôle pour *N. gonorrhoeae* était recommandé à partir de deux semaines après la fin du traitement; le délai a été augmenté à trois semaines afin de s'harmoniser avec la recommandation pour *C. trachomatis* et de diminuer la probabilité d'obtenir un résultat de TAAN positif causé par la persistance de matériel génétique résiduel (bactéries non viables)).

Les recommandations concernant les analyses recommandées pour le test de contrôle et le moment de sa réalisation sont dorénavant les mêmes pour les infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae*, soit un TAAN effectué le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement. Si le prélèvement est effectué dans les trois semaines suivant le traitement, la recherche de *N. gonorrhoeae* doit se faire par culture.

## Recommandations et outils cliniques

À la suite du processus itératif avec les membres du comité consultatif, où l'information clinique et les recommandations tirées de la littérature, les éléments contextuels et la perspective de différentes parties prenantes consultées ont été triangulés, une série de constats et de recommandations ont été formulés relativement à la prise en charge des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*. Ces recommandations sont mises en encart tout au long du présent rapport et elles sont intégrées dans les outils cliniques qui découlent de ces travaux, soit un guide d'usage optimal et un algorithme décisionnel.

## Conclusions

La mise à jour du GUO et de l'algorithme décisionnel s'appuie sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective des parties prenantes consultées et contextualisées par rapport à la pratique québécoise. Ces outils devraient permettre un rehaussement et une harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes qui présentent une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* et de leurs partenaires sexuels.

Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant :

- de la diffusion du GUO et de l'algorithme décisionnel mis à jour;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de la disponibilité de formations, si besoin est;
- et de la promotion de ces outils au sein du réseau.

## Mise à jour

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de publication, selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution de la résistance de *N. gonorrhoeae*, l'évolution des pratiques cliniques, les changements significatifs dans les documents contextuels complémentaires publiés notamment par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou l'Institut national de santé publique du Québec ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui concerne de futurs travaux relatifs à la prise en charge des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*.

# SUMMARY

Confirmed *Chlamydia trachomatis* or *Neisseria gonorrhoeae* infection: update of the optimal usage guide

## Introduction

The last update of the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux's optimal usage guide (OUG) on confirmed *Chlamydia trachomatis* or *Neisseria gonorrhoeae* infection and decision algorithm for the epidemiological treatment of asymptomatic partners was done in 2020. Since *N. gonorrhoeae* resistance to antibiotics continues to increase and changes have been made to certain recommendations in national and international guidelines, it was considered advisable to revise the contents of the optimal usage guide and decision algorithm in light of the available new data and guidelines.

## Methodology

For the purpose of this request, a systematic review of the scientific literature on the best clinical practices for managing confirmed *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infections was carried out of publications found in bibliographic databases and in other information sources. The data were analyzed from the perspective of contextualizing Québec practice, based mainly on legislative, regulatory and organizational contextual information specific to Québec, on surveillance data on *N. gonorrhoeae* resistance in Québec and elsewhere in the world, and on the perspectives of the different stakeholders consulted. To gather these perspectives, an advisory committee consisting of clinicians from different specialties and areas of expertise was formed. Lastly, the overall quality of the optimal usage guide and decision algorithm, their acceptability and their applicability were assessed by external reviewers specializing in the field of interest and by future users who did not participate in the project.

## Results

Following the analysis of all of the gathered data and the iterative process with the advisory committee's members, the following key findings and messages were considered to have the potential to support the harmonization of clinical practice and to facilitate the management of persons with a confirmed *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infection. The main changes in the update are presented in the following paragraphs.

**The OUG applies to persons 14 years of age and older in whom the appropriate microbiological tests have been performed and whose results show the presence of *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* and to their sexual partners.**

When such an infection is detected, it is important to check that microbiological tests have been performed for all the exposed sites. If a gonococcal infection has been detected solely by nucleic acid amplification test (NAAT), culture specimens from the infected sites for determining the strain's susceptibility should be obtained before initiating treatment. However, collecting these specimens should not delay treatment.

**The preferred treatment for non-pregnant individuals with a confirmed *C. trachomatis* infection or for their non-pregnant asymptomatic partners is doxycycline.**

The terms "first choice of treatment" (for doxycycline) and "second choice of treatment" (for azithromycin) have been added to the treatment table in the updated OUG, together with the possible reasons justifying the use of the second choice of treatment. These reasons are an anticipated treatment compliance problem or a doxycycline allergy in the infected individual and an anticipated treatment compliance problem, a doxycycline allergy or the use of expedited partner therapy (EPT) in the asymptomatic partner. In the presence of pregnancy, the first choice of treatment is azithromycin, the second choice being amoxicillin.

**The preferred treatment for persons with a confirmed *N. gonorrhoeae* infection and for their asymptomatic partners is intramuscular ceftriaxone. The recommended single dose of intramuscular ceftriaxone has been increased to 500 mg in the present update (previously, the recommended dose was 250 mg).**

Since ceftriaxone is the antibiotic of choice for treating gonorrhea, the terms "first choice of treatment" (for ceftriaxone) and "second choice of treatment" (for the combination of cefixime and azithromycin) have been added to the treatment table in the updated OUG. The first and second choices of treatment are the same for an infected individual and their asymptomatic partners. Treatment with ceftriaxone should always be preferred, especially in pharyngeal infections or in cases where oral exposure is reported. In the presence of a pharyngeal infection, the use of the oral treatment regimen combining cefixime and azithromycin should always include scheduling a test of cure. The same applies when the infection is confirmed in asymptomatic partners who had oral exposure.

**When NAAT detects the presence of *C. trachomatis*, it is important to determine if a test of cure is indicated. If *N. gonorrhoeae* is detected by NAAT or culture, a test of cure is always recommended. The recommended test of cure for a confirmed *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infection is NAAT performed as soon as possible, starting 3 weeks after the end of treatment (previously, the test of cure by NAAT for *N. gonorrhoeae* was recommended starting 2 weeks after the end of treatment; the interval was increased to 3 weeks in order to be in line with the recommendation for *C. trachomatis* and to decrease the likelihood of obtaining a positive NAAT result caused by the persistence of residual genetic material (nonviable bacteria)).**

The recommendations concerning the preferred test of cure and when it should be performed are now the same for *C. trachomatis* and *N. gonorrhoeae* infections, namely, NAAT performed as soon as possible, starting 3 weeks after the end of treatment. If the specimen is obtained during the 3 weeks following treatment, *N. gonorrhoeae* screening should be done by culture.

## **Recommendations and clinical tools**

Following the iterative process with the advisory committee's members, during which the clinical data and recommendations from the literature, the contextual information and the perspectives of the different stakeholders consulted were triangulated, a series of conclusions and recommendations were drawn up regarding the management of confirmed *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infections. These recommendations appear in text boxes throughout this report and has been incorporated into the clinical tools stemming from this project, namely an optimal usage guide and a decision algorithm.

## **Conclusions**

The update of the OUG and of the decision algorithm is based on clinical practice recommendations, which were supplemented with the perspectives of the stakeholders consulted and contextualized for Québec practice. These tools should help enhance and harmonize the practice and contribute to the effective management of persons with a confirmed *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infection and of their sexual partners.

However, the enhancement and harmonization of the practice will depend on:

- The dissemination of the updated OUG and decision algorithm;
- The adherence to the changes and the uptake of the recommendations by the health professionals concerned;
- The availability of training, if needed; and
- The promotion of these tools within the health and social services system.

## Update

The advisability of updating the recommendations will be determined in 4 years from the date of publication on the basis of the advances in the scientific data, changes in *N. gonorrhoeae* resistance, the evolution of clinical practices, any significant changes in additional background documents published for example by the Ministère de la Santé et des Services sociaux or the Institut national de santé publique du Québec, and the health and social services system's needs in terms of future work on the management of confirmed *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infections.

## SIGLES ET ACRONYMES

AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Global Rating Scale II</i>
AIP	atteinte inflammatoire pelvienne
APhC	Association des pharmaciens du Canada
ASHM	<i>Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine</i>
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BASHH	<i>British Association for Sexual Health and HIV</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DSP	Direction de santé publique
e-CPS	<i>Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
gbHARSAH	hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
GPC	guide de pratique clinique
GUO	guide d'usage optimal
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS	infection transmissible sexuellement
ITSS	infection transmissible sexuellement et par le sang
IUSTI	<i>International Union against Sexually Transmitted Infections</i>
KCE	<i>Belgian Health Care Knowledge Centre</i>
LGV	lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	maladies à déclaration obligatoire
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PHO	<i>Public Health Ontario</i>
PIPOH	population, interventions d'intérêts, professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif escompté par les interventions ciblées (paramètres d'intérêt; <i>outcome</i> ) et milieu ou contexte clinique dans lequel s'appliquent les interventions ( <i>health care setting</i> )
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
TAAN	test d'amplification des acides nucléiques
TAP	traitement accéléré des partenaires



# INTRODUCTION

## Problématique

Selon le document *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2021 et projections 2022*, publié par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le nombre de cas déclarés d'infections à *Chlamydia trachomatis* était de 22 488 en 2020 et de 23 015 en 2021. En raison de la pandémie de COVID-19, une baisse de 15 % du nombre de cas a été observée entre 2017 et 2021. Les projections laissent présager une augmentation en 2022, bien que les taux devraient être en deçà de ceux calculés avant la pandémie. L'infection à *C. trachomatis* demeure la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire au Québec [INSPQ, 2023]. Si elle n'est pas traitée, cette infection peut se propager et entraîner de complications graves ou des séquelles comme l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), la grossesse ectopique, l'infertilité, la douleur pelvienne chronique, l'orchite-épididymite et le syndrome de Reiter [ASPC, 2022].

Dans le *Bulletin québécois de vigie, de surveillance et d'intervention en protection de la santé publique – Flash Vigie*, publié par la Direction de la vigie sanitaire de la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, il est mentionné qu'en 2022, au Québec, 8 117 cas d'infections à *Neisseria gonorrhoeae* ont été déclarés (comparativement à une moyenne annuelle de 5 944 cas pour la période pré-pandémique (2015-2019)), ce qui représente une hausse importante. De plus, la résistance du gonocoque aux antibiotiques continue de progresser au Québec [MSSS, 2023]. Les mêmes constats sont soulevés par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC); à l'échelle canadienne, les taux d'infections gonococciques augmentent et la prévalence de ces infections est plus élevée chez les jeunes [ASPC, 2022].

## Contexte de l'amorce des travaux

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié au cours des dernières années plusieurs guides d'usage optimal (GUO) sur les ITSS. Ces documents font partie des outils qui permettent aux cliniciens québécois de consolider leurs actions en matière de prise en charge des ITSS, particulièrement en ce qui a trait au traitement pharmacologique. Comme la résistance des diverses bactéries sexuellement transmissibles évolue constamment, notamment celle de *N. gonorrhoeae*, les documents de l'INESSS doivent être mis à jour régulièrement selon les données probantes les plus récentes et le contexte épidémiologique local afin de déterminer les schémas thérapeutiques les plus efficaces dans le but de limiter le nombre d'échecs de traitement et ultimement, la transmission de l'infection.

## **Objectif**

L'objectif de ces travaux était de mettre à jour les recommandations concernant le traitement pharmacologique des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* afin de promouvoir un usage optimal, judicieux et harmonisé des antibiotiques utilisés pour le traitement de ces infections à l'échelle provinciale tout en ayant un souci de pertinence. L'algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques a été mis à jour de façon parallèle.

## **Livrables**

- GUO
- Algorithme décisionnel
- Rapport associé aux travaux

## **Aspects exclus**

Les aspects et livrables suivants sont exclus des travaux :

- Une revue de la littérature scientifique sur la perspective des patients;
- Une revue de la littérature scientifique en économie à l'égard de l'application des nouvelles recommandations;
- Une analyse économique et d'impact budgétaire à l'égard de l'application des nouvelles recommandations;
- Des recommandations sur l'organisation des soins et services, y compris les aspects liés à l'implantation et au déploiement des recommandations.

Certaines considérations ou certains enjeux en lien avec ces aspects exclus ont toutefois été relevés à travers l'analyse de la littérature grise ainsi que des consultations auprès des différentes parties prenantes.

# 1 MÉTHODOLOGIE

Les questions d'évaluation et la méthodologie complète pour mener ces travaux à terme sont décrites à l'[annexe I](#) du présent document.

## 2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

La section 2 présente la synthèse de l'information clinique tirée des huit documents retenus ainsi que l'information contextuelle et la perspective des parties prenantes consultées. La description complète des documents sélectionnés est consultable à l'[annexe II](#).

Le [tableau 1](#) illustre les répercussions de la présente mise à jour sur les travaux antérieurs datant de 2020.

**Tableau 1 Modifications issues des travaux de 2024**

Thématiques	Modifications issues des travaux de 2024
Population visée	Révision sans modification significative
Généralités	Révision sans modification significative
Intervention auprès de la personne atteinte	Révision sans modification significative
Intervention auprès des partenaires	Révision sans modification significative
Maladie à déclaration obligatoire	Révision sans modification significative
Gratuité de la médication	Révision sans modification significative
Infection confirmée à <i>C. trachomatis</i>	<p>Mise à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comme la doxycycline est l'antibiotique à privilégier pour le traitement des infections à <i>C. trachomatis</i>, les appellations « premier choix de traitement » (pour la doxycycline) et « deuxième choix de traitement » (pour l'azithromycine) ont été ajoutées dans le tableau de traitement, de même que les raisons potentielles justifiant l'utilisation du deuxième choix de traitement.</li> </ul>
Infection confirmée à <i>N. gonorrhoeae</i>	<p>Mise à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comme la ceftriaxone est l'antibiotique à privilégier pour le traitement de la gonorrhée, les appellations « premier choix de traitement » (pour la ceftriaxone) et « deuxième choix de traitement » (pour la combinaison céfixime et azithromycine) ont été ajoutées dans le tableau de traitement.</li> </ul> <p>Nouveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire pour le traitement de la gonorrhée (la dose recommandée est dorénavant de 500 mg alors qu'elle était auparavant de 250 mg).</li> <li>• Les premier et deuxième choix de traitement sont les mêmes pour la personne atteinte et pour ses partenaires asymptomatiques. Le traitement avec la ceftriaxone devrait toujours être privilégié,</li> </ul>

Thématiques	Modifications issues des travaux de 2024
	<p>particulièrement lors d'infections pharyngées ou dans les cas où une exposition orale est rapportée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En présence d'une infection pharyngée, l'usage du schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine devrait toujours inclure la planification d'un test de contrôle. Il en est de même advenant la confirmation de l'infection chez les partenaires asymptomatiques ayant eu une exposition orale.</li> </ul>
Infection confirmée à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> lors de la grossesse	<p>Nouveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En présence de symptômes d'infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> pendant la grossesse, il est dorénavant recommandé d'amorcer le traitement, puis de consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.</li> </ul>
Test de contrôle	<p>Nouveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les recommandations concernant les analyses recommandées pour le test de contrôle et le moment de sa réalisation sont maintenant les mêmes pour les infections à <i>C. trachomatis</i> et à <i>N. gonorrhoeae</i>, soit un TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement. Si le prélèvement est effectué dans les 3 semaines suivant le traitement, la recherche de <i>N. gonorrhoeae</i> doit se faire par culture.</li> </ul>
Antibiorésistance	Révision sans modification significative
Réinfection	Révision sans modification significative
Interventions préventives relatives aux ITSS	<p>Nouveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La prophylaxie postexposition par la doxycycline employée pour la prévention des ITS bactériennes, notamment la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia, pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter ces ITS.</li> </ul>

## 2.1 Population visée

### 2.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Aucun document retenu n'a été utilisé pour baliser la population visée par ces travaux.

### 2.1.2 Perspective des cliniciens

Afin d'établir la population cible des GUO de l'INESSS en ITSS et de déterminer l'âge minimal auquel les recommandations pourraient s'appliquer, une consultation a été menée en 2017. Cette consultation avait permis d'établir que les recommandations des GUO en ITSS de l'INESSS devraient s'adresser aux personnes de 14 ans et plus. En effet, selon les résultats de cette consultation et les membres du comité consultatif en ITSS de l'INESSS de l'époque, l'incidence des ITSS chez les jeunes de moins de 14 ans correspondrait à un infime pourcentage des cas d'ITSS dans la population générale.

En deçà de 14 ans, les cas d'ITSS seraient majoritairement associés à des cas d'abus sexuels. La gestion des cas d'abus sexuel est complexe et les victimes doivent être orientées vers des centres désignés et prises en charge par des spécialistes. Des cas d'ITSS pourraient également, dans de rares cas, être retrouvés chez des jeunes de moins de 14 ans actifs sexuellement qui sont pubères (majoritairement des filles qui ont eu leur ménarche tôt) ou chez des jeunes qui présentent des facteurs de risque socio-familiaux ou psychosociaux. Le début de l'activité sexuelle consentante chez les jeunes est rarement inférieur à 13 ans, puisqu'il arrive souvent après la ménarche de la jeune fille, qui survient en moyenne autour de 12,7 ans au Canada [Al-Sahab *et al.*, 2010]. Bien que quelques cas d'ITSS (en dehors d'un abus sexuel) puissent survenir chez les moins de 14 ans dans des populations particulières, la limite d'âge avait été établie à 14 ans en 2017. Selon les parties prenantes consultées en 2024, ce seuil est cohérent avec ce qu'elles observent en pratique. Lorsqu'un cas d'abus sexuel est suspecté, les parties prenantes consultées se réfèrent au *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*.

#### **INFORMATIONS CLINIQUES – Population cible**

À la suite de l'analyse du processus itératif avec les parties prenantes, la population visée par les recommandations des présents travaux se définit ainsi :

- Toute personne de 14 ans et plus<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Si un cas d'abus sexuel est suspecté, se référer au [Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle](#).

## **2.2 Généralités**

### **2.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus**

Aucune information tirée des documents retenus n'a été utilisée pour documenter la section sur les généralités.

### **2.2.2 Éléments contextuels**

De l'information sur les analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae* est publiée par l'INSPQ. Les travaux de cet institut mentionnent, entre autres, que si une infection gonococcique a été détectée uniquement par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), un prélèvement des sites infectés pour culture visant à déterminer la sensibilité de la souche devrait être réalisé avant le début du traitement. La culture est à effectuer avant le traitement, pourvu que ce prélèvement supplémentaire ne retarde pas ce dernier. Les sites génitaux à prélever pour la culture sont l'endocol chez la femme et l'urètre chez l'homme, et ce, même si la personne est asymptomatique [INSPQ, 2019].

En présence d'une infection à *C. trachomatis* dont le génotype est associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), le MSSS a conçu un outil qui présente les modes de transmission, les manifestations cliniques, les prélèvements et analyses ainsi que les traitements recommandés tant pour la personne atteinte que pour ses partenaires [MSSS, 2019e].

De plus, un des GUO en ITSS de l'INESSS aborde la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire (approche syndromique) [INESSS, 2020].

### 2.2.3 Perspective des cliniciens

Selon les parties prenantes consultées, le fait d'avoir une infection confirmée devrait encore être la prémisse du GUO. En effet, les recommandations devraient s'appliquer aux personnes chez qui les analyses microbiologiques appropriées ont été réalisées et dont les résultats révèlent la présence de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeae*. De plus, les parties prenantes confirment la pertinence de s'assurer que les analyses microbiologiques ont été réalisées pour tous les sites exposés lorsqu'une infection est détectée. Pour elles, il importe de connaître tous les sites infectés afin d'adapter la prise en charge.

La recommandation précisant que si une infection gonococcique a été détectée uniquement par TAAN, un prélèvement des sites infectés pour culture visant à déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectué avant le début du traitement (le prélèvement pour culture ne doit toutefois pas retarder le traitement) a été jugée encore nécessaire par les parties prenantes consultées puisque c'est une pratique recommandée au Québec, entre autres dans le document de l'INSPQ intitulé *Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae* [INSPQ, 2019].

À l'instar de l'orientation choisie lors de la dernière mise à jour du GUO, la prise en charge d'une infection à *C. trachomatis* dont le génotype est associé à la LGV ne sera pas présentée dans le GUO mis à jour. Selon les membres, l'outil clinique du MSSS sur le sujet [MSSS, 2019e] résume encore l'essentiel des informations et des recommandations concernant la prise en charge de la LGV.

Finalement, puisqu'un GUO de l'INESSS existe à ce sujet, les membres considèrent qu'il est préférable de se référer au *Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique* de l'INESSS en présence de signes ou symptômes potentiellement associés à une infection à *C. trachomatis* et (ou) à *N. gonorrhoeae* avant l'obtention des résultats des analyses microbiologiques. Un traitement syndromique pourra être entrepris au besoin, selon les recommandations contenues dans ce GUO [INESSS, 2020].

## INFORMATIONS CLINIQUES – Généralités

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, la liste des généralités devrait inclure les éléments suivants :

- Ce guide d'usage optimal s'applique aux personnes chez qui les analyses microbiologiques appropriées ont été réalisées **ET** dont les résultats révèlent la présence de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae*.
- Lorsqu'une infection est détectée, il faut s'assurer que les analyses microbiologiques ont été réalisées **pour tous les sites exposés**.
- Si une infection gonococcique a été détectée uniquement par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), un prélèvement des sites infectés pour culture visant à déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectué avant le début du traitement. Le prélèvement pour culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.
- La prise en charge d'une infection à *C. trachomatis* dont le génotype est associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) n'est pas présentée dans ce guide. Au besoin, consulter l'*outil clinique sur la LGV* produit par le MSSS.
- En présence de signes et symptômes potentiellement associés à ces ITSS et avant l'obtention des résultats des analyses microbiologiques, consulter le *Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique*.

## 2.3 Prise en charge – intervention auprès de la personne atteinte

### 2.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents recensés recommandent que les personnes qui ont reçu un diagnostic d'infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* s'abstiennent de toute activité sexuelle sans protection jusqu'à ce que le traitement de la personne (et de tous les partenaires) soit terminé (après la fin d'un traitement à doses multiples ou pendant sept jours après un traitement à dose unique) et jusqu'à ce que les symptômes soient résolus [Jaspers *et al.*, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020].

### 2.3.2 Éléments contextuels

Selon le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement* et par le sang, les durées d'abstinence recommandées sont définies ainsi : jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples ou jusqu'à sept jours après la prise d'un traitement unidose et jusqu'à la disparition des symptômes. Dans le même document, en cas d'impossibilité

d'être abstinent, une recommandation d'utiliser un condom ou un carré de latex lors des relations sexuelles vaginales, anales ou oro-génitales est proposée [MSSS, 2019d].

### 2.3.3 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont réitéré que l'intervention auprès de la personne atteinte devrait inclure un traitement adéquat et un suivi de la personne atteinte. Ils ont confirmé également la pertinence de conserver la recommandation concernant l'abstinence des relations sexuelles selon les éléments mentionnés dans le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Afin d'inclure toutes les méthodes de protection (dont, entre autres, la digue dentaire), l'appellation *méthodes barrières* a été retenue au lieu de *condom ou carré de latex* et afin d'inclure tous les types de contacts sexuels à risque, le terme *contact sexuel* a été retenu au lieu de *relation sexuelle*, qui est souvent associé à une pénétration. De plus, selon les parties prenantes consultées, en cas de non-respect de la consigne d'abstinence, il serait pertinent de consulter un collègue expérimenté pour connaître la prise en charge appropriée en raison des risques de réinfection et de transmission. Finalement, les membres ont jugé important de conserver le passage mentionnant que le clinicien devrait soutenir la personne atteinte dans la notification et le traitement de ses partenaires. La référence à la Direction de santé publique (DSP) régionale, qui peut offrir son soutien dans cette démarche, est toujours pertinente en 2024 selon eux.

#### RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Intervention auprès de la personne atteinte

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

L'intervention auprès de la personne atteinte devrait inclure :

- un traitement adéquat et un suivi de la personne atteinte ;
- une recommandation indiquant de s'abstenir d'avoir des contacts sexuels jusqu'à 7 jours après la fin d'un traitement à dose unique **OU** jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples **ET** jusqu'à la résolution des symptômes<sup>2</sup> :
  - ✓ en cas de doute quant à l'abstinence, une recommandation indiquant d'utiliser des méthodes barrières pour tout type de contact sexuel (génital, oro-génital, anal ou oro-anal);
- le soutien auprès de la personne atteinte dans sa démarche visant la notification et le traitement de ses partenaires. La Direction de santé publique (DSP) régionale peut offrir du soutien dans cette démarche.

<sup>2</sup> En cas de non-respect de la consigne d'abstinence, consulter un collègue expérimenté pour connaître la prise en charge appropriée.

## 2.4 Prise en charge – intervention auprès des partenaires

### 2.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Concernant les partenaires d'une personne qui a une infection confirmée à *C. trachomatis*, deux des documents retenus recommandent une évaluation, des analyses microbiologiques et un traitement épidémiologique des personnes qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée au cours des 60 jours précédant la date du prélèvement ou l'apparition des symptômes [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Dans le document australien de l'*Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine* (ASHM), il est mentionné que les partenaires asymptomatiques doivent être testés à tous les sites exposés, mais qu'il est préférable d'attendre les résultats avant de traiter. Il y est précisé d'envisager un traitement épidémiologique s'il y a eu un contact sexuel au cours des deux dernières semaines ou lorsque les circonstances particulières de la personne indiquent qu'un traitement ultérieur pourrait ne pas avoir lieu. Selon ce document, comme la plupart des partenaires asymptomatiques auront un résultat négatif, un traitement épidémiologique risque de conduire souvent à une utilisation inutile d'antibiotiques [ASHM, 2022].

Concernant les partenaires d'une personne qui a une infection confirmée à *N. gonorrhoeae*, le traitement épidémiologique des personnes qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée au cours des 60 jours précédant la date du prélèvement ou l'apparition des symptômes est également recommandé dans plusieurs documents [ASPC, 2022; PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Le document australien recommande la même conduite que lors d'un contact sexuel avec une personne qui a une infection confirmée à *C. trachomatis* [ASHM, 2022]. Les recommandations de la *British Association for Sexual Health and HIV* (BASHH) se rapprochent de celles de l'Australie avec comme prémisses de base que le traitement épidémiologique n'est pas nécessaire pour tous les contacts sexuels et, qu'idéalement, le traitement ne devrait être administré qu'aux partenaires dont le test est positif. Plus précisément, cette organisation recommande un traitement uniquement après un test positif pour les partenaires dont l'exposition sexuelle remonte à plus de 14 jours. Pour les partenaires se présentant dans les 14 jours suivant l'exposition, il est recommandé d'envisager un traitement épidémiologique basé sur une évaluation du risque clinique à la suite d'une discussion avec la personne. Chez les personnes asymptomatiques, il peut être approprié de ne pas administrer de traitement épidémiologique et de répéter les tests, deux semaines après l'exposition [Fifer *et al.*, 2020]. Le guide de l'*International Union against Sexually Transmitted Infections* (IUSTI) recommande quant à lui que tous les partenaires sexuels des trois mois précédant l'apparition des symptômes ou le prélèvement soient testés et traités si le résultat est positif. Lorsque le clinicien considère que le partenaire ne reviendra pas pour le traitement après que les résultats des tests soient disponibles, un traitement épidémiologique peut être offert [Unemo *et al.*, 2020].

#### **2.4.2 Éléments contextuels**

Le MSSS a publié en 2014 l'outil *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper* [MSSS, 2014]. Cet outil recommande de rechercher les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte dans les 60 jours précédant les premiers symptômes ou le prélèvement, pendant que la personne avait des symptômes, ou avant la fin du traitement à doses multiples ou moins de sept jours après un traitement à dose unique.

D'autres outils du MSSS existent également concernant l'intervention auprès des partenaires (*ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés* [MSSS, 2019c], *Personne exposée à une ITSS : que faire ?* [MSSS, 2019b] et *Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes* [MSSS, 2019a].

Au Québec, au moment de l'annonce d'un résultat positif ou d'un diagnostic d'ITSS, le clinicien offre un soutien à la personne atteinte pour qu'elle avise ses partenaires. Ce soutien peut inclure, sous certaines conditions, une offre de traitement accéléré des partenaires (TAP), c'est-à-dire un traitement sans évaluation préalable du partenaire par un médecin ou une infirmière. Les modalités d'utilisation du TAP ont été publiées par le MSSS en 2019, avec une mise à jour, en 2021 [MSSS, 2021a; MSSS, 2021b].

#### **2.4.3 Perspective des cliniciens**

Les membres se sont montrés en accord pour conserver les périodes de traçabilité recommandées dans la version antérieure du GUO. Ils ont souhaité laisser la place au jugement du clinicien pour déceler les situations pour lesquelles la recherche des partenaires devrait se faire sur une plus longue période.

Ils ont souhaité préciser dans le GUO mis à jour que l'intervention auprès des partenaires devrait inclure une évaluation clinique comprenant l'identification des facteurs de risque d'ITSS, un dépistage de l'infection à laquelle la personne a été exposée et des autres ITSS selon les facteurs de risque décelés et, en présence de signes ou de symptômes chez le partenaire, une approche syndromique.

Des discussions ont eu lieu quant à la pertinence du traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques. Bien que la majorité des membres sont d'avis que l'attente des résultats avant de traiter pourrait être recommandée dans certaines situations particulières, afin, entre autres, de favoriser un usage optimal des antibiotiques au Québec, ils sont également conscients que le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques, qui a comme objectifs de réduire la transmission et de prévenir les complications, représente un dogme de longue date au Québec, au Canada et dans plusieurs autres pays. Comme le traitement épidémiologique des partenaires est une pratique ancrée depuis longtemps, les membres estiment que des travaux majeurs devraient être réalisés afin de vérifier si un tel changement dans les pratiques serait favorable et envisageable, au Québec. L'antibiogouvernance, les risques de transmission (santé publique), les risques de complication (santé individuelle), la logistique entourant la divulgation des résultats et la prise de possession du traitement advenant un résultat positif, les capacités de notre système de santé et les aspects économiques sont des

exemples d'éléments qui seraient à prendre en considération afin de se prononcer sur la pertinence de l'attente des résultats avant de traiter les partenaires asymptomatiques.

Selon l'expérience clinique des parties prenantes consultées, la référence aux différents outils du MSSS est utile en pratique, bien que ces documents datent de quelques années.

Les membres du comité consultatif se sont montrés d'avis que le contenu de la section sur le TAP peut être reconduit dans son intégralité puisqu'aucune nouveauté en ce qui concerne les recommandations québécoises relatives au TAP n'a eu lieu dans les dernières années.

### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Intervention auprès des partenaires**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

#### **Partenaires à joindre s'ils ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte :**

- dans les 60 jours précédant les premiers symptômes ou le prélèvement; **OU**
- pendant que la personne avait des symptômes; **OU**
- avant la fin du traitement à doses multiples ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique.

*Il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période.*

#### **L'intervention devrait inclure :**

- une évaluation clinique comprenant l'identification des facteurs de risque d'ITSS;
- un dépistage de l'infection à laquelle la personne a été exposée et des autres ITSS selon les facteurs de risque décelés : consulter l'outil *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés*;
- en présence de signes ou de symptômes, une approche syndromique : consulter le *Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique*;
- en l'absence de signes ou de symptômes, un traitement épidémiologique sans attendre les résultats du dépistage : consulter l'*Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques*.

Pour plus d'informations, consulter les outils *Personne exposée à une ITSS : que faire ?* et *Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes*.

#### **Traitement accéléré des partenaires (TAP) :**

- Il est préférable de faire l'évaluation de la condition de santé des partenaires sexuels avant l'activité de prescription afin qu'ils reçoivent les meilleurs soins préventifs.
- Dans certaines circonstances, le TAP peut être utilisé après une analyse judicieuse des avantages et des inconvénients. Le TAP demeure une mesure d'exception.

Pour plus d'informations, consulter l'*Aide-mémoire pour les cliniciens* et l'*Aide-mémoire pour les pharmaciens*.

## **2.5 Prise en charge – maladie à déclaration obligatoire**

### **2.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus**

Les documents retenus ne donnent aucune information sur la déclaration obligatoire, puisque c'est un élément qui est propre au contexte québécois.

### **2.5.2 Éléments contextuels**

Au Québec, les maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont des intoxications, des infections ou des maladies diagnostiquées par un médecin ou confirmées par un laboratoire qui doivent être obligatoirement déclarées aux autorités de santé publique. L'infection à *C. trachomatis*, la LGV et l'infection gonococcique sont des maladies à déclarer dans les 48 heures au directeur de santé publique du lieu de résidence de la personne visée par cette déclaration [MSSS, 2024].

### **2.5.3 Perspective des cliniciens**

Les parties prenantes ont confirmé la pertinence de conserver une phrase mentionnant que les infections à *C. trachomatis*, la LGV et les infections à *N. gonorrhoeae* sont des maladies à déclaration obligatoire au Québec.

#### **INFORMATIONS CLINIQUES – Maladie à déclaration obligatoire (MADO)**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, la section sur les maladies à déclaration obligatoire devrait inclure les éléments suivants :

- Les infections à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae* ainsi que la LGV, documentées par une analyse de laboratoire, doivent être déclarées par les cliniciens à la DSP régionale.

## 2.6 Prise en charge – gratuité de la médication

### 2.6.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur la gratuité de la médication, puisque c'est un élément qui est propre au contexte québécois.

### 2.6.2 Éléments contextuels

Au Québec, le Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmises sexuellement et par le sang vise le traitement des personnes atteintes d'ITSS, appelées « cas index », de même que le ou les partenaires de ces personnes, qui ont consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance, appelées « cas contact ». Ce programme permet de se procurer gratuitement les médicaments prescrits pour les infections visées par celui-ci, notamment les infections à *C. trachomatis*, la LGV et les infections à *N. gonorrhoeae*. Il s'adresse à toute personne qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur. Ce programme a été modifié en 2019 par l'ajout d'un code pour le traitement du ou des partenaires de personnes atteintes d'une chlamydie ou d'une gonorrhée, qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance. Ces personnes reçoivent une ordonnance par l'entremise de la personne infectée, qui elle, a consulté. Les codes associés au programme sont les suivants :

- **K** (ou 1K) : Traitement d'une personne atteinte d'une ITSS (cas index);
- **L** (ou 1L) : Traitement du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une ITSS qui ont consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance (cas contact);
- **M** (ou 1M) : Traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance.

Le code de programme doit figurer sur l'ordonnance remise à la personne assurée [RAMQ, 2019].

### 2.6.3 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes consultées ont jugé qu'il était important de conserver la mention sur l'existence du programme de gratuité au Québec. Selon les parties prenantes, beaucoup de pharmaciens et de cliniciens ignorent toujours le remboursement possible de la lidocaïne 1 % (1 mL) avec les codes **K**, **L** et **M**. En effet, le coût de la lidocaïne 1 % sans épinéphrine est couvert par le programme de gratuité dans le cadre du traitement d'une ITSS ou d'un syndrome associé lorsqu'il est précisé sur l'ordonnance : diluant à la ceftriaxone. Elles ont donc mentionné la nécessité de garder la mention concernant la gratuité de la lidocaïne dans le GUO mis à jour.

### **INFORMATIONS CLINIQUES – Gratuité de la médication**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les informations à présenter dans le GUO en lien avec la gratuité de la médication devraient être les suivantes :

- Pour les personnes inscrites au régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et détentrices d'une carte d'assurance maladie, d'un carnet de réclamation ou d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide : inscrire sur l'ordonnance le code **K** (pour la personne atteinte), le code **L** (pour les partenaires) ou le code **M** (pour les partenaires traités par TAP). Le coût de la lidocaïne 1 % sans épinéphrine est couvert par le programme de gratuité dans le cadre du traitement d'une ITS ou d'un syndrome associé lorsqu'il est précisé sur l'ordonnance : « diluant à la ceftriaxone ».

## **2.7 Infection à *Chlamydia trachomatis* – principes de traitement**

### **2.7.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus**

Les documents retenus donnent très peu d'information sur les principes de traitement de l'infection à *C. trachomatis*. Le document des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) mentionne que le traitement doit être fourni rapidement à toutes les personnes atteintes d'une infection à *C. trachomatis* puisque les retards de traitement ont été associés à des complications chez une proportion limitée de personnes [Workowski et al., 2021].

### **2.7.2 Perspective des cliniciens**

L'INESSS a publié en 2018 une revue systématique visant à comparer l'efficacité d'une antibiothérapie avec l'azithromycine à celle d'une antibiothérapie avec la doxycycline chez des personnes âgées de 14 ans et plus traitées pour une infection urogénitale ou rectale à *C. trachomatis*. Les résultats des études retenues dans cette revue systématique de l'INESSS montraient que les taux de guérison microbiologique étaient plus élevés avec la doxycycline qu'avec l'azithromycine pour les infections rectales (niveau de preuve modéré) [INESSS, 2018]. Les membres du comité consultatif ont donc jugé pertinent de conserver le rappel de toujours privilégier la doxycycline lors d'infections ou d'expositions rectales. De plus, ils ont proposé de préciser que les premier et deuxième choix de traitement sont les mêmes pour la personne atteinte et pour ses partenaires asymptomatiques.

### RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Chlamydia trachomatis* – principes de traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- **Précision pour le choix du traitement de la personne atteinte ou des partenaires asymptomatiques en l'absence de grossesse :**
  - Les premier et deuxième choix de traitement sont les mêmes pour la personne atteinte (infection urétrale, endocervicale, pharyngée<sup>1</sup> ou rectale) et pour les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte (tout type d'exposition).
  - **Le traitement avec la doxycycline devrait toujours être privilégié, particulièrement lors d'infections rectales ou dans les cas où une exposition rectale est rapportée.**

<sup>1</sup> Malgré l'absence d'indication pour le dépistage de *C. trachomatis* au niveau de la gorge, des cas d'infection pharyngée à *C. trachomatis* peuvent être détectés puisque la recherche de *N. gonorrhoeae* est effectuée à l'aide d'un TAAN qui détecte aussi *C. trachomatis*.

## 2.8 Infection à *Chlamydia trachomatis* – traitement de la personne atteinte

### 2.8.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

L'utilisation de la doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours est recommandée comme premier choix de traitement de l'infection à *C. trachomatis* dans trois des quatre documents recensés [ASHM, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], tandis que l'ASPC présente comme premier choix de traitement la doxycycline ou l'azithromycine 1 g PO en dose unique [ASPC, 2022]. Parmi les autres traitements proposés, il y a l'azithromycine 1 g PO en dose unique [ASHM, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], la lévofloxacine 500 mg PO DIE x 7 jours [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021], l'érythromycine 500 mg PO QID x 7 jours [WHO, 2021] et l'ofloxacine 200 à 400 mg PO BID x 7 jours [WHO, 2021].

Le traitement privilégié pour la LGV est la doxycycline 100 mg PO BID x 21 jours [ASHM, 2022; ASPC, 2022].

### 2.8.2 Éléments contextuels

Comme il en a été fait mention plus haut, en présence d'une infection à *C. trachomatis* dont le génotype est associé à la LGV, le MSSS a élaboré un outil qui présente entre autres les traitements recommandés dans cette situation [MSSS, 2019e].

### 2.8.3 Perspective des cliniciens

Selon les parties prenantes, au regard des informations extraites des documents retenus et de leur pratique clinique, le traitement de choix de l'infection à *C. trachomatis* est la doxycycline. Selon eux, l'azithromycine pourrait être utilisée dans les situations suivantes : la grossesse (la doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse), chez les personnes ayant un problème anticipé d'adhésion au traitement (le traitement avec l'azithromycine est à dose unique, tandis que celui avec la doxycycline comprend 7 jours de traitement), lorsque le TAP est envisagé (pour le TAP, le traitement de premier choix doit être oral et à dose unique) et en présence d'une allergie à la doxycycline. Pour les membres du comité consultatif, comme la doxycycline est l'antibiotique à privilégier, les appellations « premier choix » (pour la doxycycline) et « deuxième choix » (pour l'azithromycine) de traitement ont été ajoutées dans le tableau de traitement, de même que les raisons potentielles pour l'utilisation du deuxième choix de traitement (en note de bas de tableau).

En présence d'un résultat positif à *C. trachomatis* avec un génotype associé à la LGV, les membres ont mentionné la pertinence de conserver la recommandation telle quelle, soit de commencer ou de poursuivre le traitement avec la doxycycline pour un total de 21 jours consécutifs et de consulter l'outil clinique sur la LGV du MSSS pour plus de détails. Ils ont choisi de préciser, en note de bas de tableau, que pour les partenaires asymptomatiques d'une personne qui a un résultat positif à *C. trachomatis* avec un génotype associé à la LGV, si le traitement a été commencé avec la doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez ces partenaires sont négatifs pour *C. trachomatis* (ou positifs pour *C. trachomatis* avec une recherche de LGV négative), il faudrait cesser le traitement après sept jours.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Chlamydia trachomatis* – traitement de la personne atteinte

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT
<b>PERSONNE ATTEINTE OU PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE</b> <b>(tout type d'infection / tout type d'exposition)</b>
<b>1<sup>ER</sup> CHOIX</b> : doxycycline <sup>2</sup> 100 mg PO BID x 7 jours <b>2<sup>E</sup> CHOIX<sup>3</sup></b> : azithromycine <sup>4</sup> 1 g PO en dose unique
En présence d'un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> avec un génotype associé à la LGV chez la personne atteinte ou chez les partenaires asymptomatiques : commencer ou poursuivre le traitement avec la doxycycline <sup>2</sup> 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs <sup>5</sup> . Pour plus de détails, consulter l' <a href="#">outil clinique sur la LGV</a> .

<sup>2</sup> La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.

<sup>3</sup> Pour la personne atteinte, le deuxième choix devrait être réservé aux personnes ayant un problème anticipé d'adhésion au traitement ou allergiques à la doxycycline. Pour les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte, le deuxième choix devrait être considéré seulement lorsque le TAP est envisagé, lorsqu'un problème d'adhésion au traitement est anticipé ou en présence d'une allergie à la doxycycline.

<sup>4</sup> S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

<sup>5</sup> Pour les partenaires asymptomatiques d'une personne qui a un résultat positif à *C. trachomatis* avec un génotype associé à la LGV, si le traitement a été commencé avec la doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez ces partenaires sont négatifs pour *C. trachomatis* (ou positifs pour *C. trachomatis* avec une recherche de LGV négative), cesser le traitement après 7 jours.

## 2.9 Infection à *Chlamydia trachomatis* – traitement des partenaires asymptomatiques de la personne atteinte

### 2.9.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Concernant la nature du traitement recommandé chez les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte, dans le document australien, il est précisé que, si un traitement du partenaire est amorcé, il faut utiliser le traitement recommandé (doxycycline). Il y est mentionné que l'azithromycine devrait être utilisée seulement si l'adhésion au traitement est susceptible d'être mauvaise (ou si elle correspond au traitement du cas index) [ASHM, 2022].

## 2.9.2 Perspective des cliniciens

Selon les membres du comité consultatif, au regard des informations extraites des documents retenus et de leur pratique clinique, le traitement de choix du partenaire asymptomatique de la personne atteinte d'une infection à *C. trachomatis* est la doxycycline. L'azithromycine (deuxième choix de traitement) devrait être considérée seulement lorsque le ou la partenaire doit être traité(e) par TAP, est allergique à la doxycycline ou lorsqu'un problème d'adhésion au traitement est anticipé. Comme les traitements recommandés pour le ou la partenaire asymptomatique sont les mêmes que pour la personne atteinte, les membres ont suggéré de regrouper les recommandations dans une seule section du tableau de traitement qui concerne maintenant la personne atteinte et le, la ou les partenaire(s) asymptomatique(s). Le tableau est ainsi moins chargé.

### RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Chlamydia trachomatis* – traitement des partenaires asymptomatiques de la personne atteinte

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT
<b>PERSONNE ATTEINTE OU PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE</b> <b>(tout type d'infection / tout type d'exposition)</b>
<b>1<sup>ER</sup> CHOIX</b> : doxycycline <sup>2</sup> 100 mg PO BID x 7 jours <b>2<sup>E</sup> CHOIX<sup>3</sup></b> : azithromycine <sup>4</sup> 1 g PO en dose unique
En présence d'un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> avec un génotype associé à la LGV chez la personne atteinte ou chez les partenaires asymptomatiques : commencer ou poursuivre le traitement avec la doxycycline <sup>2</sup> 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs <sup>5</sup> . Pour plus de détails, consulter l' <a href="#">outil clinique sur la LGV</a> .

<sup>2</sup> La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.

<sup>3</sup> Pour la personne atteinte, le deuxième choix devrait être réservé aux personnes ayant un problème anticipé d'adhésion au traitement ou allergiques à la doxycycline. Pour les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte, le deuxième choix devrait être considéré seulement lorsque le TAP est envisagé, lorsqu'un problème d'adhésion au traitement est anticipé ou en présence d'une allergie à la doxycycline.

<sup>4</sup> S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

<sup>5</sup> Pour les partenaires asymptomatiques d'une personne qui a un résultat positif à *C. trachomatis* avec un génotype associé à la LGV, si le traitement a été commencé avec la doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez ces partenaires sont négatifs pour *C. trachomatis* (ou positifs pour *C. trachomatis* avec une recherche de LGV négative), cesser le traitement après 7 jours.

## 2.10 Infection à *Chlamydia trachomatis* – traitement en cas de grossesse ou d'allaitement

### 2.10.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

L'utilisation de l'azithromycine 1 g PO en dose unique est recommandée comme premier choix de traitement en cas de grossesse dans les quatre documents retenus [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. L'amoxicilline 500 mg PO TID x 7 jours est présentée comme solution de remplacement à l'azithromycine [Workowski *et al.*, 2021] ou comme choix équivalent à l'azithromycine [ASPC, 2022]. Deux documents mentionnent également l'érythromycine comme autre option de traitement lors de la grossesse [ASPC, 2022; WHO, 2021].

### 2.10.2 Éléments contextuels

Selon la monographie, la doxycycline ne doit pas être administrée aux femmes enceintes, à moins que, de l'avis du clinicien, le bénéfice potentiel pour la mère l'emporte sur le risque pour le fœtus. Les résultats des études animales indiquent que les tétracyclines traversent la barrière placentaire, se retrouvent dans les tissus fœtaux et peuvent avoir des effets toxiques sur le développement du fœtus (souvent liés à un retard du développement du squelette). Des signes d'embryotoxicité ont également été observés chez les animaux traités en début de grossesse. Les tétracyclines sont excrétées dans le lait des femmes qui allaitent. Par conséquent, toujours selon la monographie, l'utilisation de la doxycycline n'est pas recommandée chez les femmes pendant qu'elles allaitent. De plus, l'utilisation de la doxycycline pendant le développement dentaire (dernier trimestre de la grossesse, pendant l'allaitement, période néonatale et petite enfance jusqu'à l'âge de huit ans) peut provoquer une décoloration permanente des dents (jaune-gris-brun). Bien que plus communément associé à une utilisation à long terme de tétracyclines, cet effet peut également se produire après des traitements de courte durée. Une hypoplasie de l'émail a également été rapportée. La doxycycline ne doit donc pas être utilisée dans ces groupes d'âge, à moins qu'il n'y ait pas d'autres options [APhC, 2019d].

Concrètement, en pratique, la doxycycline semble toutefois compatible avec l'allaitement si le traitement est de courte durée (moins de trois semaines). En effet, selon Ferreira et ses collaborateurs, l'utilisation des tétracyclines à court terme n'est pas contre-indiquée si elle est nécessaire à la prise en charge de la mère. Les tétracyclines peuvent être prescrites durant l'allaitement pour des traitements de courte durée (moins de trois semaines); aucun effet indésirable lié à l'allaitement maternel n'a été rapporté à ce jour. Il existe cependant une crainte quant à la possible altération des dents et de la croissance osseuse en cas d'utilisation prolongée (plus de trois semaines) [Ferreira E. *et al.*, 2013].

Selon la monographie, l'usage de l'azithromycine n'est pas contre-indiqué en cas de grossesse ou d'allaitement. Il y est seulement précisé, qu'en l'absence d'études de qualité, cet antibiotique devrait être utilisé seulement lorsque le bénéfice attendu pour la mère l'emporte sur tout risque potentiel pour le fœtus ou le bébé allaité [APhC, 2019c].

Finalement, la monographie de l'amoxicilline indique que l'amoxicilline traverse facilement la barrière placentaire et est généralement considérée comme ne présentant aucun risque tératogène significatif. L'amoxicilline a été utilisée pour traiter les infections des voies urinaires et à *C. trachomatis* pendant la grossesse sans preuve d'effets indésirables sur le fœtus. De plus, l'amoxicilline passe dans le lait maternel en faibles concentrations; les risques pour le nourrisson comprennent une altération de la flore intestinale, de la diarrhée et des réactions d'hypersensibilité. La monographie rapporte que, selon l'*American Academy of Pediatrics* (AAP), l'amoxicilline est considérée comme compatible avec l'allaitement maternel [APhC, 2020b].

### **2.10.3 Perspective des cliniciens**

Les membres du comité consultatif ont trouvé pertinent de conserver la recommandation sur l'utilisation de l'azithromycine en premier choix et celle de l'amoxicilline en deuxième choix lors de la grossesse puisque les données recensées appuient cette recommandation. Ils ont cependant proposé d'ajouter dans quelles circonstances le deuxième choix devrait être administré. La seule raison valide de recourir à l'amoxicilline est, selon eux, une allergie ou une intolérance à l'azithromycine. De plus, selon leur expérience clinique, le dépistage universel des infections à *C. trachomatis* au premier trimestre de la grossesse mène généralement à la découverte de maladies peu graves; une cervicite cliniquement significative n'est souvent même pas objectivée. La prise en charge rapide de ces maladies peu graves à l'aide du GUO de l'INESSS est très utile; elle évite l'évolution ascendante de l'infection dans les voies génitales, avec les complications multiples qui lui sont associées. Pendant la grossesse, la prise en charge des infections à *C. trachomatis* qui sont symptomatiques (personnes qui ont été évaluées pour des symptômes de chlamydie) est beaucoup plus complexe. Ainsi, en présence de symptômes liés à une infection à *C. trachomatis* pendant la grossesse, les membres ont conclu qu'il est plus prudent d'amorcer le traitement, puis de consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Chlamydia trachomatis* – traitement en cas de grossesse ou d’allaitement

À la suite de l’analyse de l’ensemble de l’information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT
<b>GROSSESSE</b> <b>Personne atteinte ou partenaire asymptomatique de la personne atteinte</b> <b>(tout type d’infection / tout type d’exposition)</b>
<b>1<sup>ER</sup> CHOIX</b> : azithromycine <sup>4</sup> 1 g PO en dose unique <b>2<sup>E</sup> CHOIX</b> <sup>6</sup> : amoxicilline <sup>7</sup> 500 mg PO TID x 7 jours  <i>En présence de symptômes d’infection à C. trachomatis pendant la grossesse, amorcer le traitement, puis consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.</i>

<sup>4</sup> S’il y a vomissements dans l’heure suivant l’administration de l’azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d’azithromycine.

<sup>6</sup> Lors de la grossesse, le deuxième choix devrait être réservé aux personnes allergiques ou intolérantes à l’azithromycine.

<sup>7</sup> Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

## 2.11 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – principes de traitement

### 2.11.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Certains documents retenus abordent la co-infection par *C. trachomatis*. Selon les CDC, dans les cas où une infection à *C. trachomatis* n’a pas pu être exclue, les personnes atteintes d’une infection à *N. gonorrhoeae* doivent également recevoir un traitement anti-chlamydia [Workowski *et al.*, 2021]. La BASHH précise que le traitement d’une co-infection confirmée ou suspectée par *C. trachomatis* doit suivre les lignes directrices actuelles pour la prise en charge de la chlamydia [Fifer *et al.*, 2020]. L’IUSTI est plus pointue dans ses recommandations en précisant que si le traitement de la gonorrhée n’inclut pas l’azithromycine, une dose orale de 100 mg de doxycycline deux fois par jour pendant 7 jours doit être envisagée pour traiter une possible co-infection par *C. trachomatis* (à moins que la co-infection ait été exclue par TAAN) [Unemo *et al.*, 2020].

Les infections gonococciques pharyngées sont plus difficiles à éradiquer que les infections des sites urogénitaux et anorectaux. Dans les documents recensés, l’utilisation de la ceftriaxone intramusculaire seule ou en combinaison est l’option recommandée pour le traitement des infections pharyngées à *N. gonorrhoeae* [Jespers *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. D’autres options de traitement sont proposées dans quelques documents, accompagnées de la mention de les utiliser seulement si le produit privilégié n’est pas disponible ou en

présence d'une allergie, d'une phobie des aiguilles ou de contre-indications [ASHM, 2022; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. Le guide des CDC indique que le seul traitement vraiment efficace contre les infections gonococciques pharyngées est la ceftriaxone intramusculaire [Workowski *et al.*, 2021].

### **2.11.2 Perspective des cliniciens**

La prévalence de la co-infection avec *C. trachomatis* étant toujours élevée à ce jour, les membres ont jugé pertinent de conserver la recommandation qui précise que, lorsque la ceftriaxone est employée en monothérapie, un traitement contre l'infection à *C. trachomatis* doit être prescrit si la présence de cette infection ne peut pas être exclue. Afin d'écartier la possibilité d'une infection à *C. trachomatis* de façon certaine, les membres ont suggéré d'ajouter dans le GUO que l'obtention d'un résultat d'analyse microbiologique négatif à tous les sites exposés permet d'éliminer cette possibilité.

Lorsque la combinaison céfixime et azithromycine est employée pour traiter la gonorrhée, les membres suggèrent l'usage de la trithérapie en présence d'une infection à *C. trachomatis* combinée à une infection à *N. gonorrhoeae* à n'importe quel site. En effet, les membres se sont montrés d'avis qu'en présence d'une co-infection, lorsque la combinaison céfixime et azithromycine est employée pour couvrir *N. gonorrhoeae*, le traitement pour l'infection à *C. trachomatis* doit être celui qui est le plus efficace pour cette infection, c'est-à-dire la doxycycline.

De plus, ils ont souligné que les premier et deuxième choix de traitement sont les mêmes pour la personne atteinte et pour ses partenaires asymptomatiques. Le traitement avec la ceftriaxone devrait toujours être privilégié, particulièrement lors d'infections pharyngées ou dans les cas où une exposition orale est rapportée. Cette précision concernant le traitement de l'infection gonococcique pharyngée est cohérente avec les informations tirées des documents retenus. De plus, les membres ont précisé qu'en présence d'une infection pharyngée, il y a plus d'échecs de traitement avec le schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine qu'avec la ceftriaxone. Ainsi, les membres ont proposé de préciser dans le GUO qu'en présence d'une infection pharyngée, l'usage du schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine devrait toujours inclure la planification d'un test de contrôle. Il en est de même advenant la confirmation de l'infection chez les partenaires asymptomatiques ayant eu une exposition orale.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – principes de traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- **Précision pour le choix du traitement de la personne atteinte ou des partenaires asymptomatiques :**
  - ✓ Les premier et deuxième choix de traitement sont les mêmes pour la personne atteinte (infection urétrale, endocervicale, pharyngée ou rectale) et pour les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte (tout type d'exposition).
  - ✓ **Le traitement avec la ceftriaxone devrait toujours être privilégié, particulièrement lors d'infections pharyngées ou dans les cas où une exposition orale est rapportée ;**
    - En présence d'une infection pharyngée, l'usage du schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine devrait toujours inclure la planification d'un test de contrôle. Il en est de même advenant la confirmation de l'infection chez les partenaires asymptomatiques ayant eu une exposition orale.
- **La prévalence de la co-infection avec *C. trachomatis* est élevée.** Lorsque la ceftriaxone est employée en monothérapie, un traitement contre l'infection à *C. trachomatis* doit être prescrit si la présence de cette infection ne peut pas être exclue par un résultat d'analyse microbiologique négatif à tous les sites exposés.
- **Lorsque le schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine est employé, en présence d'une infection à *C. trachomatis* combinée à une infection à *N. gonorrhoeae* à n'importe quel site, utiliser une trithérapie en ajoutant de la doxycycline<sup>1</sup> (100 mg PO BID x 7 jours) au traitement recommandé pour l'infection à *N. gonorrhoeae*.**

<sup>1</sup> La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.

## 2.12 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – traitement de la personne atteinte

### 2.12.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les premiers choix de traitement de l'infection à *N. gonorrhoeae* varient dans les différents documents retenus. Dans le document des CDC, le traitement recommandé comme premier choix pour les infections à *N. gonorrhoeae* (peu importe le ou les site(s) infecté(s)) est une monothérapie avec la ceftriaxone intramusculaire à raison d'une dose unique de 500 mg. Il y est précisé que pour les personnes pesant 150 kg ou plus, une

dose unique de ceftriaxone de 1 000 mg devrait être administrée [Workowski *et al.*, 2021]. En Europe, les trois documents repérés recommandent quant à eux une dose unique intramusculaire de ceftriaxone de 1 000 mg pour tous (en monothérapie pour la BASHH et le *Belgian Health Care Knowledge Centre* (KCE) et en combinaison avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique ou en monothérapie pour l'IUSTI (l'IUSTI précise que la bithérapie doit être utilisée en premier choix en présence d'une infection pharyngée)) [Jespers *et al.*, 2023; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. L'IUSTI précise que la bithérapie combinant la ceftriaxone et l'azithromycine vise à guérir tous les cas de gonorrhée et à retarder l'émergence et (ou) la propagation de la résistance à la ceftriaxone. De plus, toujours selon l'IUSTI, cette bithérapie éradiquerait également efficacement les infections concomitantes à *C. trachomatis* et pourrait guérir une partie des infections à *M. genitalium* [Unemo *et al.*, 2020]. Au Canada, l'ASPC recommande quant à elle, comme premier choix de traitement pour les infections anogénitales, un traitement combinant la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique ou un traitement combinant le céfixime 800 mg PO en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique (le schéma oral est considéré comme un traitement de rechange (pas un premier choix) pour les hommes gais, bisexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH)) [ASPC, 2022]. La *Public Health Ontario* (PHO) recommande quant à elle seulement un traitement combinant la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique comme premier choix de traitement puisque, selon cette organisation, l'utilisation du céfixime pourrait potentiellement accélérer l'apparition de la résistance à la ceftriaxone, seul antibiotique restant qui est bien toléré et efficace à tous les sites infectés [PHO, 2022]. Pour les infections pharyngées, l'ASPC recommande un traitement combinant la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique (le schéma oral combinant le céfixime et l'azithromycine est considéré comme un traitement de remplacement (pas un premier choix) pour les infections pharyngées) [ASPC, 2022]. Dans le document de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le traitement de premier choix est la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique, combinée avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique, mais il est indiqué que leurs recommandations sont en cours de révision [WHO, 2021]. Le guide australien recommande quant à lui, comme premier choix de traitement, un traitement combinant la ceftriaxone 500 mg IM en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique pour les infections génitales et anorectales et combinant la ceftriaxone 500 mg IM en dose unique et l'azithromycine 2 g PO en dose unique pour les infections pharyngées. Si une personne a reçu le traitement recommandé pour la gonorrhée génitale ou anorectale au moment du test et qu'il présente également une gonorrhée pharyngée, il n'est pas nécessaire de le retraiter avec la dose la plus élevée d'azithromycine, mais un test de contrôle est recommandé [ASHM, 2022].

Les traitements de rechange présentés dans les différents documents retenus sont le céfixime 800 mg PO en dose unique (si une infection à *C. trachomatis* n'a pas été exclue, traiter la chlamydia avec la doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours) [Workowski *et al.*, 2021], la gentamicine 240 mg IM en dose unique combinée avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique [PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*,

2020], le céfixime 400 mg PO en dose unique combinée avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique [PHO, 2022; WHO, 2021], le céfixime 400 mg PO en dose unique combinée avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique [Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020] et l'azithromycine 2 g PO en dose unique [PHO, 2022; Fifer *et al.*, 2020]. Le guide des CDC précise que le seul traitement efficace contre les infections gonococciques pharyngées est la ceftriaxone intramusculaire [Workowski *et al.*, 2021].

### 2.12.2 Perspective des cliniciens

En fonction des données extraites des documents retenus (notamment les lignes directrices des CDC), de l'émergence de la résistance de *N. gonorrhoeae* envers les céphalosporines ailleurs dans le monde, du contexte québécois et de leur expérience clinique, les membres considèrent que la dose de ceftriaxone intramusculaire pour traiter les infections à *N. gonorrhoeae* devrait être augmentée dans le GUO. La dose de 1 000 mg de ceftriaxone intramusculaire recommandée en Europe leur est apparue trop élevée pour le Québec. En effet, en Europe, une augmentation de la proportion de souches de *N. gonorrhoeae* avec sensibilité réduite à la ceftriaxone et quelques cas de résistance à la ceftriaxone ont été constatés. Les membres ont précisé que la situation est moins alarmante ici, pour le moment, et ils ont affirmé que notre contexte local se rapproche beaucoup plus de celui des États-Unis et de l'Australie, pays dans lesquels une dose de 500 mg de ceftriaxone intramusculaire est recommandée pour traiter les infections gonococciques peu importe le ou les sites infectés. Aux États-Unis, les personnes pesant 150 kg ou plus doivent recevoir une dose unique de ceftriaxone intramusculaire de 1 000 mg, ce que les membres du comité n'ont pas jugé nécessaire de recommander au Québec en l'absence de preuves d'une meilleure efficacité de cette dose chez les personnes dont le poids est de 150 kg ou plus. Les membres ont précisé qu'ils n'anticipaient pas d'enjeu d'administration pour une dose de 500 mg malgré le fait que deux fioles soient en cause (il s'agit tout de même d'une seule injection).

Les membres ont également suggéré d'introduire la notion de premier choix et de deuxième choix de traitement, comme cela a été fait dans le tableau de traitement des infections confirmées à *C. trachomatis*. De plus, ils ont proposé que les premier et deuxième choix de traitement soient les mêmes pour la personne atteinte et pour ses partenaires asymptomatiques. Le traitement avec une dose unique de ceftriaxone intramusculaire de 500 mg sera donc le premier choix de traitement pour tous dans le GUO mis à jour.

Concernant le deuxième choix de traitement, les parties prenantes considèrent qu'un traitement oral pour les situations pour lesquelles l'administration intramusculaire est refusée, contre-indiquée ou impossible à réaliser devrait être disponible. La combinaison céfixime et azithromycine est administrée oralement et est recommandée comme traitement de rechange des infections à *N. gonorrhoeae* dans plusieurs des documents retenus. En 2020, les membres du comité consultatif étaient d'avis que l'usage du céfixime était toujours adéquat au Québec si une culture et un test de contrôle sont effectués, comme cela est recommandé. Cependant, ils avaient précisé à ce moment

que le céfixime devait être administré en combinaison avec l'azithromycine, et ce, malgré l'augmentation croissante de la résistance de *N. gonorrhoeae* à l'azithromycine.

Toujours en 2020, la dose d'azithromycine à recommander en combinaison avec le céfixime avait été établie à 2 grammes en dose unique. À l'époque, compte tenu de l'augmentation de la résistance de *N. gonorrhoeae* à l'azithromycine, ainsi que de l'émergence de la résistance de cette bactérie au céfixime, les membres du comité consultatif étaient en faveur d'une augmentation de la dose d'azithromycine, passant de 1 gramme en dose unique dans la version du GUO de 2018 à 2 grammes en dose unique dans la version mise à jour en 2020. Selon les membres, la possibilité (bien qu'encore faible à ce jour) d'obtenir des résultats de concentrations minimales inhibitrices, élevés à la fois pour le céfixime et l'azithromycine, ne pouvait pas être exclue.

En 2024, en raison du manque de nouvelles données, les membres du comité consultatif considèrent qu'il serait préférable de conserver le statut quo en ce qui concerne les posologies pour cette bithérapie, soit les mêmes doses que lors de la mise à jour de 2020 (céfixime 800 mg PO en dose unique et azithromycine 2 g PO en dose unique) en précisant que la pertinence de ce traitement combiné et que les posologies recommandées risquent fortement d'être remises en question en fonction de l'évolution de la résistance du gonocoque aux différents antibiotiques.

#### **RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – traitement de la personne atteinte**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

<b>TRAITEMENT<sup>2</sup>, Y COMPRIS LORS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT</b>
<b>PERSONNE ATTEINTE OU PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE (tout type d'infection / tout type d'exposition)</b>
<b>1<sup>ER</sup> CHOIX<sup>3</sup> :</b> ceftriaxone <sup>4</sup> 500 mg IM en dose unique <b>2<sup>E</sup> CHOIX<sup>5</sup> :</b> céfixime 800 mg PO en dose unique <b>ET</b> azithromycine <sup>6</sup> 2 g PO en dose unique  <i>Grossesse : En présence de symptômes d'infection à <i>N. gonorrhoeae</i> pendant la grossesse, amorcer le traitement, puis consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.</i>

<sup>2</sup> En présence de résistance aux céphalosporines, consulter un collègue expérimenté.

<sup>3</sup> En présence d'une infection pharyngée ou d'une exposition orale chez les partenaires, le traitement avec la ceftriaxone devrait toujours être privilégié.

<sup>4</sup> Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

<sup>5</sup> Pour les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte chez qui le TAP est envisagé, la seule option de traitement possible est le schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine.

<sup>6</sup> S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

## 2.13 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – traitement des partenaires asymptomatiques de la personne atteinte

### 2.13.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Un seul des documents retenus précise des recommandations propres au traitement du partenaire asymptomatique. Dans les autres documents, le lecteur déduit que les traitements recommandés pour le partenaire asymptomatique sont les mêmes que ceux recommandés pour la personne atteinte. Selon les CDC, le traitement du partenaire sexuel par le céfixime 800 mg PO en dose unique est recommandé, à condition qu'une infection concomitante à *C. trachomatis* ait été exclue. En l'absence de résultats d'une analyse microbiologique visant l'identification de *C. trachomatis*, le partenaire peut être traité avec une dose orale unique de 800 mg de céfixime combinée avec un traitement par la doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours. Si un problème d'adhésion au traitement multidose est anticipé, l'utilisation de l'azithromycine 1 g PO en dose unique peut être envisagée en remplacement de celle de la doxycycline, mais l'efficacité de l'azithromycine serait moindre chez les personnes atteintes d'une infection à *C. trachomatis* au niveau rectal [Workowski *et al.*, 2021].

### 2.13.2 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif sont en accord avec le fait que les partenaires asymptomatiques devraient être traités de la même façon que les personnes atteintes d'une infection à *N. gonorrhoeae*. Cependant, puisque pour l'infection pharyngée, il y a plus d'échecs de traitement avec le schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine qu'avec la ceftriaxone, chez les partenaires asymptomatiques ayant eu une exposition orale, l'usage, comme traitement épidémiologique, du schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine est acceptable seulement si un test de contrôle est planifié advenant un résultat positif par TAAN ou par culture. Aussi, pour les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte chez qui le TAP est envisagé, le seul choix de traitement possible est le schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine puisque les traitements non oraux sont des exclusions à l'application du TAP.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – traitement des partenaires asymptomatiques de la personne atteinte

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT <sup>2</sup> , Y COMPRIS LORS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT
<b>PERSONNE ATTEINTE OU PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE</b> (tout type d'infection / tout type d'exposition)
<b>1<sup>ER</sup> CHOIX<sup>3</sup></b> : ceftriaxone <sup>4</sup> 500 mg IM en dose unique <b>2<sup>E</sup> CHOIX<sup>5</sup></b> : céfixime 800 mg PO en dose unique <b>ET</b> azithromycine <sup>6</sup> 2 g PO en dose unique  <i>Grossesse : En présence de symptômes d'infection à N. gonorrhoeae pendant la grossesse, amorcer le traitement, puis consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.</i>

<sup>2</sup> En présence de résistance aux céphalosporines, consulter un collègue expérimenté.

<sup>3</sup> En présence d'une infection pharyngée ou d'une exposition orale chez les partenaires, le traitement avec la ceftriaxone devrait toujours être privilégié.

<sup>4</sup> Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

<sup>5</sup> Pour les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte chez qui le TAP est envisagé, la seule option de traitement possible est le schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l'azithromycine.

<sup>6</sup> S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

## 2.14 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – traitement en cas de grossesse ou d'allaitement

### 2.14.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les CDC recommandent l'utilisation de la ceftriaxone 500 mg IM en dose unique lors de la grossesse (en plus d'un traitement contre l'infection à *C. trachomatis* si sa présence n'a pas été exclue). Ils précisent également que l'utilisation de la gentamicine est déconseillée pendant la grossesse en raison du risque d'anomalies congénitales néonatales, de néphrotoxicité ou d'ototoxicité [Workowski *et al.*, 2021]. Dans le document de l'OMS, le traitement recommandé lors de la grossesse est la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique ou le céfixime 400 mg PO en dose unique combinée avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique, mais il est indiqué que leurs recommandations sont en cours de révision [WHO, 2021]. Dans le document de l'ASPC, il est mentionné que les personnes enceintes ou qui allaitent devraient recevoir le même traitement (ceftriaxone ou céfixime en combinaison avec l'azithromycine) que les autres personnes non enceintes ou non allaitantes et qu'elles devraient être suivies pour déceler toute complication. Il est précisé que la doxycycline est contre-indiquée pendant la grossesse, que les données actuelles

suggèrent que l'azithromycine est sûre et efficace chez les personnes enceintes et que l'utilisation de la gentamicine n'est pas recommandée pendant la grossesse [ASPC, 2022]. Les documents de la BASHH et de l'IUSTI mentionnent que les fluoroquinolones ou les tétracyclines ne doivent pas être administrées s'il y a grossesse ou allaitement [Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. Du côté de la BASHH, les options de traitement possibles dans cette population sont la ceftriaxone 1 000 mg IM en dose unique ou l'azithromycine 2 g PO en dose unique [Fifer *et al.*, 2020]. Une dose unique de ceftriaxone de 1 000 mg IM, en combinaison avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique, est recommandée par l'IUSTI en cas de grossesse ou d'allaitement. L'usage d'une monothérapie avec la ceftriaxone intramusculaire est présenté par l'IUSTI comme un traitement de rechange (pas un premier choix) dans cette population [Unemo *et al.*, 2020]. Le KCE recommande de son côté l'utilisation d'une dose unique intramusculaire de ceftriaxone de 1 000 mg s'il y a grossesse [Jespers *et al.*, 2023]. Le guide australien recommande quant à lui les mêmes traitements que ceux utilisés dans la population générale [ASHM, 2022].

#### **2.14.2 Éléments contextuels**

Selon la monographie, la ceftriaxone traverse la barrière placentaire. Cependant, il est généralement admis que les céphalosporines peuvent être utilisées sans danger pendant tous les trimestres de la grossesse. La ceftriaxone passe dans le lait maternel en faibles concentrations; les effets indésirables sont peu probables chez le nourrisson. L'AAP considère la ceftriaxone comme compatible avec l'allaitement maternel [APhC, 2019b].

La monographie du céfixime indique que l'innocuité du céfixime dans le traitement des infections pendant la grossesse n'a pas été établie. Des études ont été réalisées chez des souris et des rats à des doses allant jusqu'à 400 fois la dose humaine et n'ont révélé aucune preuve d'altération de la fertilité ou d'effets nocifs sur le fœtus. Étant donné que les études animales ne permettent pas toujours de prédire la réponse humaine, le céfixime doit être utilisé pendant la grossesse seulement si les avantages probables de son utilisation l'emportent sur le risque pour le fœtus et la mère. Étant donné que de nombreux médicaments sont excrétés dans le lait maternel, dont potentiellement le céfixime, il faut faire preuve de prudence lorsque cet antibiotique est administré pendant l'allaitement [APhC, 2020a].

L'usage de l'azithromycine n'est pas contre-indiqué en cas de grossesse ou d'allaitement. Il est seulement précisé dans la monographie, qu'en l'absence d'études de qualité, cet antibiotique devrait être utilisé seulement lorsque le bénéfice attendu pour la mère l'emporte sur tout risque potentiel pour le fœtus ou le bébé allaité [APhC, 2019c].

Finalement, selon la monographie de la gentamicine, cet antibiotique traverse la barrière placentaire et est distribué dans la circulation fœtale et dans le liquide amniotique; il n'est cependant pas considéré comme tératogène. Une toxicité du huitième nerf crânien a été rapportée chez des fœtus exposés à d'autres aminosides (par ex., la streptomycine); la gentamicine doit donc être utilisée seulement pour traiter des infections graves, potentiellement mortelles, pour lesquelles les agents de première intention ont échoué ou

sont susceptibles d'échouer. Des tests auditifs peuvent être indiqués pour les nouveau-nés exposés à la gentamicine in utero. La gentamicine passe dans le lait maternel, mais est considérée comme compatible avec l'allaitement, car elle est peu absorbée par le tractus gastro-intestinal [APhC, 2019a].

### **2.14.3 Perspective des cliniciens**

Les membres ont affirmé qu'en pratique, les céphalosporines peuvent être utilisées sans danger pendant tous les trimestres de la grossesse et pendant l'allaitement, tout comme l'azithromycine. Les traitements de l'infection à *N. gonorrhoeae* recommandés en l'absence de grossesse peuvent donc être utilisés dans une population enceinte ou qui allaite. De plus, ils ont souligné que, comme c'est le cas pour les infections à *C. trachomatis*, le dépistage universel des infections à *N. gonorrhoeae* au premier trimestre de la grossesse mène généralement à la découverte de maladies peu graves; une cervicite cliniquement significative n'est souvent même pas objectivée. La prise en charge rapide de ces maladies peu graves à l'aide du GUO de l'INESSS est très utile; elle évite l'évolution ascendante de l'infection dans les voies génitales, avec les complications multiples qui lui sont associées. Pendant la grossesse, la prise en charge des infections à *N. gonorrhoeae* qui sont symptomatiques (personnes qui ont été évaluées pour des symptômes de gonorrhée) est beaucoup plus complexe. Ainsi, en présence de symptômes de gonorrhée pendant la grossesse, les membres ont conclu qu'il est plus prudent d'amorcer le traitement, puis de consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.

De plus, puisque l'administration de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse, mais qu'en pratique, cet agent est assez fréquemment utilisé chez les personnes enceintes dans des milieux spécialisés et dans des circonstances particulières, les membres du comité consultatif ont précisé : 1) qu'en présence d'antécédents de réaction allergique pendant la grossesse ou l'allaitement, il est préférable de consulter un collègue expérimenté et 2) que l'administration de la gentamicine est déconseillée pendant la grossesse et que son usage devrait être réservé aux infections graves ou lorsque les agents de première intention ne peuvent pas être utilisés ou sont susceptibles d'échouer.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – traitement en cas de grossesse ou d’allaitement

À la suite de l’analyse de l’ensemble de l’information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT <sup>2</sup> , Y COMPRIS LORS DE LA GROSSESSE OU DE L’ALLAITEMENT
PERSONNE ATTEINTE OU PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE (tout type d’infection / tout type d’exposition)
<p><b>1<sup>ER</sup> CHOIX<sup>3</sup></b> : ceftriaxone<sup>4</sup> 500 mg IM en dose unique</p> <p><b>2<sup>E</sup> CHOIX<sup>5</sup></b> : céfixime 800 mg PO en dose unique <b>ET</b> azithromycine<sup>6</sup> 2 g PO en dose unique</p> <p><i>Grossesse : En présence de symptômes d’infection à N. gonorrhoeae pendant la grossesse, amorcer le traitement, puis consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.</i></p>

<sup>2</sup> En présence de résistance aux céphalosporines, consulter un collègue expérimenté.

<sup>3</sup> En présence d’une infection pharyngée ou d’une exposition orale chez les partenaires, le traitement avec la ceftriaxone devrait toujours être privilégié.

<sup>4</sup> Pour diminuer l’inconfort associé à l’injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

<sup>5</sup> Pour les partenaires asymptomatiques de la personne atteinte chez qui le TAP est envisagé, la seule option de traitement possible est le schéma thérapeutique oral combinant le céfixime et l’azithromycine.

<sup>6</sup> S’il y a vomissements dans l’heure suivant l’administration de l’azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d’azithromycine.

## 2.15 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – traitement en présence d’un antécédent de réaction allergique

### 2.15.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Le risque de réactivité croisée avec la pénicilline est plus élevé avec les céphalosporines de première génération, mais il est rare (< 1 %) avec les céphalosporines de troisième génération (p. ex., ceftriaxone et céfixime) [Workowski *et al.*, 2021]. Les cliniciens doivent d’abord évaluer minutieusement les antécédents d’allergie, y compris le type de réaction. En présence d’une allergie sévère à la pénicilline ou d’une allergie aux céphalosporines, un traitement avec la gentamicine 240 mg IM en dose unique (en deux injections de 3 ml chacune), combinée avec l’azithromycine 2 g PO en dose unique, est recommandé [ASPC, 2022; PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Les guides du KCE et de l’ASHM recommandent quant à eux de consulter un collègue expérimenté en présence d’une allergie aux céphalosporines [Jespers *et al.*, 2023; ASHM, 2022].

Un régime thérapeutique comprenant une quinolone (ciprofloxacine 500 mg PO en dose unique) devrait être utilisé seulement si la sensibilité à la quinolone est démontrée [ASPC, 2022; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020] ou si le taux de résistance à la

quinolone à l'échelle régionale ou locale est inférieur à 5 % et qu'un test de contrôle peut être réalisé [ASPC, 2022].

### 2.15.2 Perspective des cliniciens

En présence d'un antécédent d'allergie à une céphalosporine ou de réaction sévère ou très sévère à un antibiotique de la classe des pénicillines, les membres du comité consultatif étaient d'avis que la gentamicine 240 mg IM en dose unique (en deux injections de 3 ml chacune) combinée avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique devaient être utilisées puisque les documents retenus soutiennent leur utilisation.

Concernant les réactions non sévères à un antibiotique de la classe des pénicillines ou les histoires floues, la possibilité de prescrire une céphalosporine selon les recommandations de traitement était toujours adéquate pour les membres.

Les membres se sont également montrés favorables à la conservation intégrale de l'algorithme sur les réactions allergiques antérieures aux antibiotiques de la classe des pénicillines présenté en annexe du GUO.

#### RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Infection à *Neisseria gonorrhoeae* – traitement en présence d'un antécédent de réaction allergique

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE <sup>7, 8</sup>	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES <sup>9</sup>	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer <a href="#">ici</a> pour consulter l'algorithme propre à l'infection à <i>N. gonorrhoeae</i> afin d'aider dans le choix de l'antibiothérapie.	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Gentamicine <sup>10, 11</sup> 240 mg IM (dose unique en deux injections de 3 ml) <b>ET</b> azithromycine <sup>6</sup> 2 g PO en dose unique	

<sup>6</sup> S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

<sup>7</sup> En présence d'un antécédent de réaction allergique pendant la grossesse ou l'allaitement, consulter un collègue expérimenté.

<sup>8</sup> Les fluoroquinolones peuvent être envisagées comme traitement chez les adultes de 18 ans ou plus (sauf en cas de grossesse ou d'allaitement) seulement si un antibiogramme est effectué et qu'il démontre que la souche est sensible à la ciprofloxacine. Le traitement recommandé est alors le suivant : ciprofloxacine 500 mg PO en dose unique.

<sup>9</sup> Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

<sup>10</sup> Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

<sup>11</sup> L'administration de la gentamicine est déconseillée pendant la grossesse. Son usage devrait être réservé aux infections graves ou lorsque les agents de première intention ne peuvent pas être utilisés ou sont susceptibles d'échouer.

## 2.16 Test de contrôle

### 2.16.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

En ce qui concerne le test de contrôle à la suite d'une infection confirmée à *C. trachomatis*, les documents retenus rapportent que celui-ci est recommandé seulement : si l'adhésion au traitement est remise en question [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021], si les symptômes persistent [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021], si une réinfection est suspectée [Workowski *et al.*, 2021], si le traitement administré ne fait pas partie des traitements recommandés [ASPC, 2022], si la personne est impubère [ASPC, 2022], si la personne est enceinte [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021], si une infection anorectale a été traitée avec l'azithromycine [ASHM, 2022] ou si l'infection à *C. trachomatis* est de génotype L<sub>1-3</sub> (LGV) [ASPC, 2022]. Le délai minimal recommandé avant la réalisation du test de contrôle par TAAN est de trois semaines après la fin du traitement dans certains documents [ASPC, 2022] et de quatre semaines dans d'autres [ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021].

En ce qui concerne le test de contrôle à la suite d'une infection confirmée à *N. gonorrhoeae*, les CDC mentionnent qu'un test de contrôle n'est pas nécessaire pour les personnes qui reçoivent un diagnostic de gonorrhée urogénitale ou rectale non compliquée et qui sont traitées avec l'un des schémas thérapeutiques recommandés ou de rechange, sauf pour celles atteintes de gonorrhée pharyngée [Workowski *et al.*, 2021]. Le guide belge recommande quant à lui un test de contrôle s'il y a suspicion d'échec au traitement, d'utilisation d'un traitement qui ne fait pas partie des traitements recommandés ou en cas de grossesse (dans les autres situations, le test de contrôle est optionnel) [Jespers *et al.*, 2023]. Les cinq autres documents retenus mentionnent qu'un test de contrôle à tous les sites infectés est recommandé dans tous les cas [ASHM, 2022; ASPC, 2022; PHO, 2022; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. Toujours selon les documents retenus, le délai minimal recommandé avant la réalisation du test de contrôle par culture est de trois à sept jours après la fin du traitement [ASPC, 2022; PHO, 2022], le délai minimal recommandé avant la réalisation du test de contrôle par TAAN est de deux à trois semaines après la fin du traitement [ASHM, 2022; ASPC, 2022; PHO, 2022], tandis que le délai minimal recommandé avant la réalisation du test de contrôle par TAAN ou culture est de 7 à 14 jours après la fin du traitement dans le document des États-Unis [Workowski *et al.*, 2021]. Les guides européens émettent leurs recommandations en fonction de la présence ou non de symptômes; en présence de symptômes qui persistent, une culture réalisée au moins 72 heures (3 à 7 jours) après la fin du traitement doit être utilisée [Jespers *et al.*, 2023; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020], tandis que chez une personne asymptomatique, un TAAN généralement deux semaines (7 à 14 jours) [Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020] ou quatre semaines [Jespers *et al.*, 2023] après la fin du traitement doit être utilisé, suivi d'une culture si le TAAN est positif.

### 2.16.2 Perspective des cliniciens

Concernant les indications des tests de contrôle à la suite d'une infection confirmée à *C. trachomatis*, les membres du comité ont choisi de conserver la liste des indications de 2020 sans modification. En effet, cette liste résume l'ensemble des indications recensées dans les documents retenus lors de la présente mise à jour, sauf les personnes impubères. Les membres n'ont pas souhaité ajouter ce dernier élément, car c'est une situation rare chez les 14 ans et plus.

Concernant les indications des tests de contrôle à la suite d'une infection confirmée à *N. gonorrhoeae*, les membres ont précisé que le fait d'avoir une liste de situations pour lesquelles les tests de contrôle sont particulièrement recommandés dans la version de 2020 du GUO était mélangeant pour les cliniciens, particulièrement si ceux-ci regardaient rapidement le document sans tout lire. Ils ont donc suggéré de simplement mentionner qu'il est recommandé d'effectuer un test de contrôle dans tous les cas d'infection confirmée à *N. gonorrhoeae*. Ceci aura possiblement comme conséquence favorable, outre une plus grande clarté, une augmentation du nombre de tests de contrôle réalisés. Selon les membres questionnés à ce sujet, la possibilité de la réalisation d'un plus grand volume de tests de contrôle au Québec n'augmentera probablement pas de manière significative les ressources nécessaires.

Dans l'optique de faciliter la gestion et la compréhension des tests de contrôle par les cliniciens du Québec et de favoriser leur usage optimal, les membres ont suggéré d'uniformiser, pour les infections à *C. trachomatis* et les infections à *N. gonorrhoeae*, les types de tests à utiliser et les délais minimaux requis après la fin du traitement avant de les réaliser. Auparavant, le TAAN de contrôle pour *N. gonorrhoeae* était recommandé à partir de deux semaines après la fin du traitement; le délai a été augmenté à trois semaines afin de s'harmoniser avec la recommandation pour *C. trachomatis* et de diminuer la probabilité d'obtenir un résultat de TAAN positif causé par la persistance de matériel génétique résiduel (bactéries non viables). Les membres ont proposé de recommander un test de contrôle par TAAN effectué le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement pour les deux types d'infection, ce qui est cohérent avec les informations extraites des documents retenus et le contexte québécois actuel. Des mentions indiquant que si le prélèvement est effectué dans les trois semaines suivant le traitement, la recherche de *N. gonorrhoeae* doit se faire par culture et que pour les infections à *N. gonorrhoeae*, en présence d'un résultat positif au TAAN de contrôle, il est recommandé de procéder à un prélèvement pour culture à la condition de ne pas retarder le traitement ont été ajoutées afin de résumer les points importants de la version du GUO de 2020 que les membres souhaitaient conserver.

## RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Test de contrôle

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

### Indications du test de contrôle et prélèvements et analyses recommandés

	INFECTION À <i>C. TRACHOMATIS</i> <sup>1</sup>	INFECTION À <i>N. GONORRHOEAE</i> <sup>1</sup>
Indications du test de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes</li> <li>▶ Grossesse</li> <li>▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement</li> <li>▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés</li> <li>▶ Infection rectale à <i>C. trachomatis</i> traitée sans doxycycline</li> <li>▶ Infection à <i>C. trachomatis</i> de génotype L<sub>1-3</sub> (LGV)</li> </ul>	<b>Effectuer un test de contrôle dans tous les cas.</b>
Prélèvements et analyses	<b>TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement</b>	<p><b>TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement<sup>2</sup></b></p> <p>Si le prélèvement est effectué dans les 3 semaines suivant le traitement, la recherche de <i>N. gonorrhoeae</i> doit se faire par culture.</p>

<sup>1</sup> La réalisation du test de contrôle est primordiale en présence d'une grossesse.

<sup>2</sup> Pour les infections à *N. gonorrhoeae*, en présence d'un résultat positif au TAAN de contrôle, il est souhaitable de procéder à un prélèvement pour culture à la condition de ne pas retarder le traitement.

## 2.17 Antibiorésistance

### 2.17.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur l'antibiorésistance au Québec, puisque c'est un élément qui est propre au contexte provincial.

### 2.17.2 Éléments contextuels

Sur le site Web du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), il est possible de retrouver le sommaire annuel des résultats d'antibiorésistance des souches de *N. gonorrhoeae* au Québec.

### 2.17.3 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont mentionné que les données sur l'antibiorésistance de *N. gonorrhoeae* au Québec changent constamment, notamment les données sur la résistance aux quinolones, aux tétracyclines, à l'azithromycine et aux céphalosporines de troisième génération. Ainsi, une référence au site Web du LSPQ leur apparaissait donc nécessaire.

### INFORMATIONS CLINIQUES – Antibiorésistance

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, la section sur l'antibiorésistance devrait inclure les éléments suivants :

#### ANTIBIORÉSISTANCE

L'augmentation de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux différents antibiotiques est rapide et les traitements recommandés pourraient éventuellement être modifiés selon l'évolution de la sensibilité des souches au traitement. La vigilance des praticiens s'impose. Pour plus de détails, consulter le [site Web du LSPQ](#).

## 2.18 Réinfection

### 2.18.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Dépendamment des documents retenus, chez toutes les personnes ayant eu un diagnostic d'infection à *C. trachomatis* et (ou) à *N. gonorrhoeae*, il est recommandé de répéter le test de détection trois mois [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021] ou six mois [ASPC, 2022] après le traitement initial afin de détecter les réinfections, puisque le risque de réinfections est grand. Il est également recommandé de planifier la visite de suivi au moment du traitement. Si un nouveau test trois mois après le traitement n'est pas possible, les cliniciens devraient refaire le test lorsque la personne consulte à nouveau un médecin dans la période de douze mois après le traitement initial [Workowski *et al.*, 2021].

### 2.18.2 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif se sont montrés en accord avec les recommandations des documents retenus. Ils considèrent que, dans le contexte clinique québécois actuel, un dépistage trois à six mois après le traitement de l'infection initiale devrait être réalisé chez toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, afin de détecter une possible réinfection. Le dépistage suivant une infection documentée s'ajoute au test de contrôle préalablement effectué, si indiqué.

### RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Réinfection

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

#### RÉINFECTION

Afin de détecter une possible réinfection, recommander un dépistage 3 à 6 mois après le traitement de l'infection initiale à toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*. Le dépistage suivant une infection documentée s'ajoute au test de contrôle préalablement effectué, si indiqué.

## 2.19 Annexe – Interventions préventives relatives aux ITSS

### 2.19.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur les interventions préventives relatives aux ITSS qui sont propres au contexte québécois.

### 2.19.2 Éléments contextuels

Au Québec, l'élaboration de recommandations sur les mesures préventives applicables aux ITSS relève du MSSS. Les différents outils publiés par le MSSS concernent par exemple les pratiques sexuelles à risques réduits, la vaccination, la prophylaxie, les facteurs de risque, les prélèvements et analyses, etc. Ces outils offrent des informations complémentaires au contenu des GUO en ITSS de l'INESSS.

### 2.19.3 Perspective des cliniciens

En plus des éléments qui se trouvaient déjà dans cette section du GUO de 2020, les membres du comité consultatif ont trouvé important d'aborder la prophylaxie postexposition par la doxycycline employée pour la prévention des ITS bactériennes, notamment la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia. Les membres ont mentionné que cette prophylaxie pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter ces ITS. De plus, la vaccination contre la variole simienne (mpox) selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec a été également ajoutée.

## **INFORMATIONS CLINIQUES – Interventions préventives relatives aux ITSS**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, la section sur les interventions préventives relatives aux ITSS devrait inclure les éléments suivants :

Lorsqu'une personne consulte, notamment pour une ITSS, pour la contraception ou dans le cas d'un examen clinique préventif, les praticiens devraient :

- Rechercher les facteurs de risque pour les ITSS et dépister selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées;
- Informer la personne sur les pratiques sexuelles à risques réduits et lui conseiller de les utiliser de façon constante;
- Vacciner contre les hépatites A et B, le virus du papillome humain et la variole simienne (mpox) selon les indications du *Protocole d'immunisation du Québec*.

La prophylaxie préexposition (PPrE) pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter le VIH. Au besoin, consulter l'outil du MSSS : *Guide PPrE pour les professionnels de la santé du Québec*.

La prophylaxie postexposition par la doxycycline (doxy PPE) employée pour la prévention des ITS bactériennes, notamment la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia, pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter ces ITS.

Différents outils associés à l'intervention préventive relative aux ITSS sont disponibles sur le site du MSSS, notamment les suivants :

- *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés*
- *Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Infections à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae - Lymphogranulomatose vénérienne*
- *Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Syphilis, hépatites B et C, VIH*
- *Personne exposée à une ITSS : que faire ?*
- *Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes*
- *Site Internet, dépliants et brochures à l'intention des patients (p. ex., Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler)*
- *Estimation du risque associé aux activités sexuelles*
- *Vaccination et ITSS*
- *Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS*
- *Intervention préventive relative aux ITSS : outil d'aide à la pratique,*

*visite initiale et visite subséquente*

- *Guide québécois de dépistage des ITSS*
- *Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement*
- *Traitement accéléré des partenaires : Aide-mémoire pour les cliniciens et Aide-mémoire pour les pharmaciens*

## **2.20 Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques**

### **2.20.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus**

Les informations et recommandations concernant le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques contenues dans les documents retenus sont résumées aux sections [2.4](#), [2.9](#) et [2.13](#) du présent rapport.

### **2.20.2 Perspective des cliniciens**

Les membres du comité consultatif ont jugé pertinent de reconduire l'algorithme sans effectuer de grands changements. Les modifications qu'ils ont suggérées concernaient des ajustements relatifs à la présentation des traitements recommandés en premier et deuxième choix, à une augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire à 500 mg pour le traitement épidémiologique de la gonorrhée et à un traitement épidémiologique de la gonorrhée qui ne dépend plus des sites d'exposition. Deux précisions pour le choix du traitement épidémiologique de la gonorrhée ont été ajoutées; l'usage de la ceftriaxone est à privilégier pour tous, en particulier s'il y a eu exposition orale et, en présence d'une exposition orale, l'usage de la combinaison céfixime et azithromycine devrait toujours inclure la planification d'un test de contrôle advenant la confirmation de l'infection chez le ou la partenaire asymptomatique. Une note de bas de page précisant qu'il faut consulter un collègue expérimenté en présence d'un antécédent de réaction allergique pendant la grossesse ou l'allaitement a également été ajoutée.

Les membres se sont montrés favorables à la conservation intégrale de l'algorithme sur les réactions allergiques antérieures aux antibiotiques de la classe des pénicillines, présenté en annexe de l'algorithme.

## **RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les principales modifications à apporter à l'algorithme en lien avec le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques devraient être les suivantes :

- présentation des traitements épidémiologiques recommandés en premier et deuxième choix;
- augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire à 500 mg pour le traitement épidémiologique de la gonorrhée;
- traitement épidémiologique de la gonorrhée qui ne dépend plus des sites d'exposition : l'usage de la ceftriaxone est à privilégier pour tous, en particulier en cas d'exposition orale et, en présence d'une exposition orale, l'usage de la combinaison céfixime et azithromycine devrait toujours inclure la planification d'un test de contrôle advenant la confirmation de l'infection chez le ou la partenaire asymptomatique;
- consultation d'un collègue expérimenté en présence d'un antécédent de réaction allergique pendant la grossesse ou l'allaitement lors du traitement épidémiologique de la gonorrhée.

## FORCES ET LIMITES

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de la littérature scientifique et grise, une évaluation critique des documents pertinents par deux professionnels scientifiques ainsi qu'une consultation des parties prenantes participant à la prise en charge des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*.

Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques et fournir des éléments contextuels ou les perspectives cliniques nécessaires aux travaux était constitué de cliniciens de différentes spécialités et expertises, y compris la médecine familiale, la microbiologie-infectiologie, la gynécologie, la pharmacie et les soins infirmiers. Ce comité a aussi été invité à apprécier les enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité des travaux. Par ailleurs, la validation externe du rapport par des lectrices externes (une médecin microbiologiste-infectiologue, une médecin de famille et une pharmacienne) a permis de vérifier en amont de sa publication la clarté et l'utilité des outils, et de déceler des enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relatifs aux recommandations transmises au sein de l'outil clinique. Afin de s'assurer que l'outil clinique découlant des travaux soit clair, utile à la pratique et adapté à la réalité du terrain, plusieurs futurs utilisateurs potentiels qui exercent en première ligne et dans divers milieux ont aussi été consultés.

Bien que les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, des limites doivent toutefois être signalées. Parmi les huit documents retenus pour les travaux, selon la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Global Rating Scale II (AGREE II)*, la rigueur du processus d'élaboration de certains guides est limitée et très peu de documents fournissent une évaluation des forces et des limites de la preuve scientifique appuyant les recommandations élaborées. De plus, certains éléments sont difficilement applicables à la population québécoise (p. ex., les données d'antibiorésistance). Par ailleurs, bien que la stratégie de recherche inclue des dates de publications récentes, certains des documents retenus se basent sur des études et des documents moins récents qui méritent parfois d'être actualisés. Aussi, l'INESSS n'a pas effectué une évaluation et une appréciation des données scientifiques des études primaires sur l'efficacité et l'innocuité des traitements, mais plutôt une appréciation secondaire à la suite de l'interprétation faite par les auteurs des documents retenus.

Par ailleurs, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, d'implantation et de déploiement n'ont pas été consultées. Aucune analyse d'impact budgétaire concernant l'application des recommandations de traitements ou des analyses de laboratoire n'a été réalisée.

Bien que l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours une part de biais et de risque associés, et demeure incomplète à plusieurs égards. De plus, en raison de la portée des travaux qui concernent principalement les professionnels de la santé de première ligne, la perspective des personnes présentant une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* n'a pas été colligée, ni celle de citoyens.

# ENJEUX ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* sont courantes et occasionnent de très nombreuses consultations avec des cliniciens. Sans se substituer au jugement clinique, les outils cliniques découlant des présents travaux devrait permettre de soutenir les cliniciens de première ligne dans le choix du traitement pharmacologique et la réalisation du suivi approprié et, ultimement, d'améliorer l'expérience de soins des personnes présentant ce type d'infections et de réduire la transmission. De plus, le GUO et l'algorithme décisionnel contribueront à l'harmonisation des pratiques au Québec.

Certains enjeux d'applicabilité ont néanmoins été soulevés par les cliniciens consultés au cours du projet, notamment en ce qui a trait à l'administration intramusculaire du premier choix de traitement de l'infection à *N. gonorrhoeae*. En effet, cette modalité d'administration peut être refusée, contre-indiquée ou impossible à réaliser dans le milieu de soins.

La mise à jour du GUO sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* s'appuie sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective des parties prenantes consultées et contextualisées par rapport à la pratique québécoise. À terme, cet outil devrait permettre un rehaussement et une harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes qui présentent ce type d'infections et de leurs partenaires sexuels.

Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant :

- de la diffusion du GUO mis à jour;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les cliniciens concernés;
- de la disponibilité de formations, si besoin est;
- et de la promotion de cet outil au sein du réseau.

## MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de publication, soit en 2028, selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques, les changements significatifs dans les documents contextuels complémentaires publiés notamment par le MSSS ou l'INSPQ ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui concerne de futurs travaux relatifs à la prise en charge des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*. Le cas échéant, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique (études primaires) pourrait également être réalisée. Au besoin, les cliniciens qui ont accompagné les travaux pourraient être consultés afin de vérifier s'ils jugent pertinent de faire une nouvelle mise à jour du GUO.

## RÉFÉRENCES

- Al-Sahab B, Ardern CI, Hamadeh MJ, Tamim H. Age at menarche in Canada: results from the National Longitudinal Survey of Children & Youth. *BMC Public Health* 2010;10:736.
- Australasian Society for HIV Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM). Australian sexually transmitted infection (STI) management guidelines for use in primary care. 2022. Disponible à : <https://sti.guidelines.org.au/>.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Infections transmissibles sexuellement et par le sang : Guides à l'intention des professionnels de la santé [site Web]. 2022. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes.html>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). CEFIXIME - CPhA Monograph [site Web]. 2020a. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). AMOXICILLINE - CPhA Monograph [site Web]. 2020b. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). GENTAMICINE - CPhA Monograph [site Web]. 2019a. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). CEFTRIAXONE - CPhA Monograph [site Web]. 2019b. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). AZITHROMYCINE - CPhA Monograph [site Web]. 2019c. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). DOXYCYCLINE - CPhA Monograph [site Web]. 2019d. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010a;182(18):E839-42.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Hanna SE, Makarski J, Consortium ans. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *CMAJ* 2010b;182(10):E472-8.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Hanna SE, Makarski J, Consortium ans. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *CMAJ* 2010c;182(10):1045-52.
- Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique 2<sup>e</sup> édition. 2013.

- Fifer H, Saunders J, Soni S, Sadiq ST, FitzGerald M. 2018 UK national guideline for the management of infection with *Neisseria gonorrhoeae*. International journal of STD & AIDS 2020;31(1):4-15.
- Government of Yukon. Yukon Treatment Guidelines for Sexually Transmitted Infections (STI) in Adolescents and Adults 2020 [site Web]. 2020. Disponible à : [https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss/hss-imgs/sti\\_guidelines\\_2020\\_web\\_final.pdf](https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss/hss-imgs/sti_guidelines_2020_web_final.pdf).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Guide d'usage optimal ITSS – approche syndromique [site Web]. 2020. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). État des connaissances - Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang - Infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* [site Web]. 2018. Disponible à : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides\\_ITSS/INESSS\\_RS\\_ITSS\\_Chlamydia-Gonorrhoe.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/INESSS_RS_ITSS_Chlamydia-Gonorrhoe.pdf).
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2021 et projections 2022 [site Web]. 2023. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3364>.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2021.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* [site Web]. 2019. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2622>.
- Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Carville S, Jones C, Lewis S, Perry M, Cordyn S, Cornelissen T, Crucitti T, Danhier C, De Baetselier I, De Cannière A-S, Dhaeze W, Dufraimont E, Kenyon C, Libois A, Mokrane S, Padalko E, Van Den Eynde S, Vanden Berghe W, Van der Schueren T, Dekker N. Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis. KCE Reports. Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2023.
- Johnston A, Kelly SE, Hsieh SC, Skidmore B, Wells GA. Systematic reviews of clinical practice guidelines: a methodological guide. J Clin Epidemiol 2019;108:64-76.
- Lunny C, Ramasubbu C, Puil L, Liu T, Gerrish S, Salzwedel DM, Mintzes B, Wright JM. Over half of clinical practice guidelines use non-systematic methods to inform recommendations: A methods study. PLoS One 2021;16(4):e0250356.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Maladies à déclaration obligatoire (MADO) et signalements en santé publique [site Web]. 2024. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/declarer-une-mado/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Bulletin québécois de vigie, de surveillance et d'intervention en protection de la santé publique - Flash Vigie - Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) [site Web]. 2023. Disponible à : [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie\\_vol17\\_no3.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol17_no3.pdf).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Traitement accéléré des partenaires (TAP) pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) et à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) - Aide-mémoire pour les cliniciens [site Web]. 2021a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002402/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Traitement accéléré des partenaires (TAP) pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) et à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) - Aide-mémoire pour les pharmaciens [site Web]. 2021b. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002401/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes - Intervention préventive relative aux ITSS [site Web]. 2019a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Personne exposée à une ITSS : que faire ? - Intervention préventive relative aux ITSS [site Web]. 2019b. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002367/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés – Intervention préventive relative aux ITSS [site Web]. 2019c. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000098/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang [site Web]. 2019d. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement [site Web]. 2019e. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper [site Web]. 2014. Disponible à : [https://pvsq.org/wp-content/uploads/2022/03/feuillets\\_MSSS\\_partenaires.pdf](https://pvsq.org/wp-content/uploads/2022/03/feuillets_MSSS_partenaires.pdf).
- Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia (NNPBC). Sexually Transmitted Infections [site Web]. 2021. Disponible à : <https://www.nnpbc.com/professional-practice/decision-support-tools/decision-support-tools-list/>.

- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hrobjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71.
- Public Health Ontario (PHO). Ontario Gonorrhoea Testing and Treatment Guide, 2nd Edition [site Web]. 2022. Disponible à : [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/G/2018/guide-gonorrhoea-testing-treatment.pdf?rev=25d4775b429e41678feabb49da5adfe3&sc\\_lang=en](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/G/2018/guide-gonorrhoea-testing-treatment.pdf?rev=25d4775b429e41678feabb49da5adfe3&sc_lang=en).
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Modifications au Programme relatif à la gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmises sexuellement [site Web]. 2019. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2019/info218-9.pdf>.
- Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *International journal of STD & AIDS* 2020;956462420949126.
- World Health Organization (WHO). Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. 2021. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports* 2021;70(4):1-187.

# ANNEXE I

## Méthodologie

### Question décisionnelle

Quels sont les changements dans les recommandations concernant le traitement pharmacologique des infections à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* qui sont survenus depuis la dernière mise à jour du GUO en 2020 ?

### Questions d'évaluation

Les questions ont été déterminées selon les aspects à documenter pour élaborer des recommandations sur la démarche clinique, la conduite thérapeutique et le suivi à adopter en lien avec traitement pharmacologique des infections à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*. Celles-ci couvrent les dimensions populationnelle<sup>1</sup>, clinique<sup>2</sup>, organisationnelle<sup>3</sup>, économique<sup>4</sup> et socioculturelle<sup>5</sup> de l'Énoncé de principes en soutien au jugement de valeur.

Les questions d'évaluation ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH<sup>6</sup> (population, interventions d'intérêt [aspects à documenter], professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif poursuivi par les interventions ciblées [*outcome* – dépistage, diagnostic, traitement, suivi] et le milieu / contexte clinique où s'appliquent les interventions [*health care setting*]). Pour les questions d'efficacité et d'innocuité, le modèle PICO (population cible / problématique; intervention / exposition / enjeu; comparateur / comparaison / corrélation; résultats visés / paramètres d'intérêt [*outcomes*]) a été utilisé.

### Dimension populationnelle

1. Quelles sont les interventions à réaliser pour la prise en charge de la personne atteinte et de ses partenaires d'un point de vue de santé publique ?
2. Quelles informations doivent-être véhiculées concernant la déclaration obligatoire et la gratuité de la médication ?
3. Quelles informations préventives relatives aux autres ITSS doivent être transmises aux cliniciens ?
4. Quelle est l'évolution de la sensibilité des souches de *N. gonorrhoeae* aux différents traitements depuis 2020 ?

---

<sup>1</sup> Population ciblée et besoins de santé.

<sup>2</sup> Efficacité, innocuité, qualité de vie et expérience de soins et de services.

<sup>3</sup> Contexte organisationnel des soins et services, qualité des soins et services, parcours de soins, organisation et gouvernance du système.

<sup>4</sup> Gestion responsable et durable des ressources financières.

<sup>5</sup> Contexte de la société québécoise (valeurs, bien commun) et préservation des ressources environnementales.

<sup>6</sup> <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>.

## Dimension clinique

Comparativement à l'information disponible au moment de mettre à jour le guide d'usage optimal ITSS – Infection confirmée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* en 2020 :

5. Y a-t-il de nouvelles données concernant les généralités relatives au traitement pharmacologique d'une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* à prendre en compte ?
6. Y a-t-il de nouvelles données concernant les principes de traitement pour la personne atteinte d'une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ?
7. Y a-t-il de nouvelles données concernant le traitement pharmacologique de la personne atteinte d'une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* selon les différents types d'infection (urétrale, rectale, endocervicale ou pharyngée) ou de populations (p. ex., allergie, grossesse, allaitement, etc.) ?
8. Y a-t-il de nouvelles données concernant le traitement pharmacologique de la personne atteinte aux prises avec une infection anale à *C. trachomatis* concomitante à une infection à *N. gonorrhoeae* ?
9. Y a-t-il de nouvelles données concernant le traitement pharmacologique du partenaire asymptomatique de la personne atteinte d'une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ?
10. Y a-t-il de nouvelles données concernant les indications des tests de contrôle et la nature de ceux-ci ?
11. Y a-t-il de nouvelles données concernant la détection d'une possible réinfection ?

Comparativement à l'information disponible au moment de mettre à jour l'algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques en 2021 :

12. Y a-t-il de nouvelles données concernant la prise en charge des personnes asymptomatiques identifiées comme partenaires sexuels d'une personne ayant une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire ou ayant un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ?

## Dimension organisationnelle

13. Quels sont les enjeux professionnels et organisationnels qui facilitent et limitent une utilisation judicieuse des antibiotiques pour le traitement des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, au Québec ?

### Dimension économique

14. Y-a-t-il des enjeux économiques relatifs aux recommandations qui seront mises à jour ?

### Dimension socioculturelle

15. Y-a-t-il des enjeux socioculturels relatifs aux recommandations qui seront mises à jour ?

Les différentes sources d'information qui ont été utilisées pour répondre à chacune des questions d'évaluation sont résumées dans le [tableau I-1](#).

**Tableau I-1 Sources d'information pour chacune des questions d'évaluation et type de revue de la littérature par dimension**

Dimension	Revue systématique des études primaires	Revue systématique des documents présentant des recommandations	Revue narrative de la littérature	Consultation des parties prenantes
<b>POPULATIONNELLE</b> (Q1 à Q4)			X	X
<b>CLINIQUE</b> (Q5 à Q12)		X		X
<b>ORGANISATIONNELLE</b> (Q13)			X	X
<b>ÉCONOMIQUE</b> (Q14)			X	X
<b>SOCIOCULTURELLE</b> (Q15)			X	X

## Méthodes de synthèse de l'information et des recommandations cliniques ainsi que des données scientifiques

### Type de revue de la littérature

Revue systématique de la littérature pour la dimension clinique [Lunny *et al.*, 2021; Johnston *et al.*, 2019]. Revues narratives, pour les dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle [INSPQ, 2021].

### Sources de données et stratégies de recherche de la littérature

Pour l'actualisation du GUO et de l'algorithme, la même stratégie de recherche utilisée précédemment a été mise à jour. De nouveaux termes de recherche ont toutefois été ajoutés selon l'évolution de la terminologie médicale. Le repérage de la littérature a été

mené par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet.

Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase et EBM Reviews (Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews) ont été interrogées en février 2024 en tenant compte des concepts suivants : chlamydia, gonorrhée ou infections transmissibles sexuellement et par le sang et traitement pharmacologique.

La stratégie ciblait des guides de pratique clinique publiés en français ou en anglais de 2020 à aujourd'hui. Élaborée d'abord dans MEDLINE, elle a fait l'objet d'une révision par une autre conseillère en information scientifique et a été par la suite adaptée dans chacune des bases de données consultées.

Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée par un professionnel scientifique en consultant les sites Web des agences et organismes d'évaluation des technologies de la santé, de sociétés savantes ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux ou paragouvernementaux internationaux, d'associations ou d'ordres professionnels en lien avec la thématique des travaux. Seuls les sites Web d'agences d'évaluation des technologies en santé et d'autres organismes établis dans des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques et dont les revenus, le réseau de la santé, la population et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Canada ont été consultés (p. ex., les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Belgique, la France, l'Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni (y compris l'Écosse) et le Japon). La présence d'une annonce sur le site Web indiquant qu'une mise à jour d'un document retenu était en cours, l'organisation a été contactée pour connaître l'horizon temporel de la nouvelle publication.

La stratégie élaborée pour chacune des bases de données bibliographiques ainsi que la liste des autres sources consultées se trouvent à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

Pour les revues narratives à réaliser, une recherche particulière a aussi été effectuée au moyen du moteur de recherche Google par un professionnel scientifique en utilisant des mots clés propres aux thématiques à documenter, lesquels sont énumérés dans le document *Annexes complémentaires* associées au rapport. Les titres des 30 premières notices issues des recherches manuelles ont été examinés pour repérer tout document pertinent.

Des ouvrages de références médicales (p. ex., Manuel Merck, Wikimédecine, UpToDate) ont aussi été consultés.

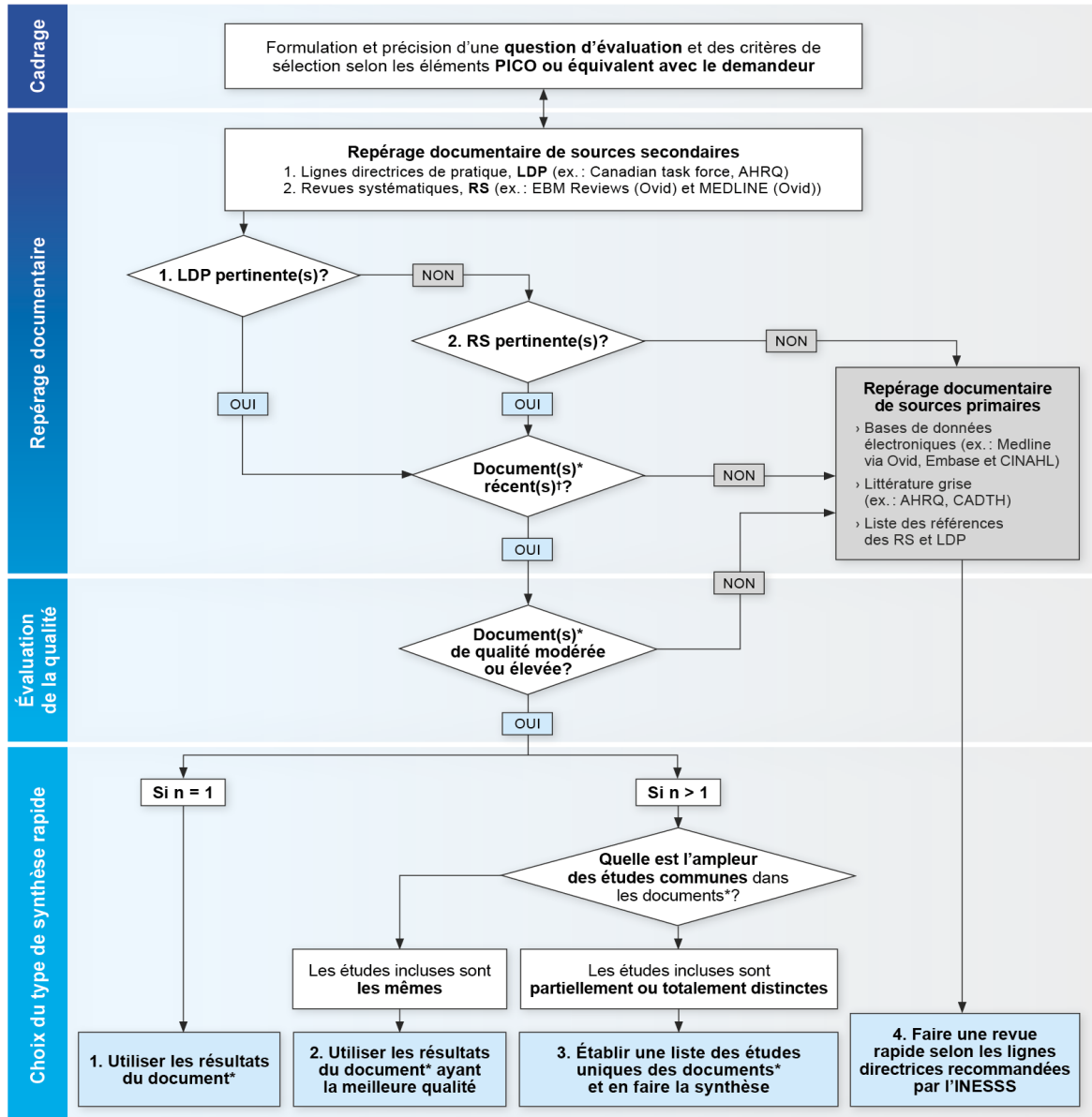
Enfin, les listes de références des publications retenues ont été parcourues afin de répertorier d'autres documents pertinents (méthode « boule-de-neige »).

## **Documentation de la recherche de la littérature**

Le conseiller en information scientifique désigné pour le projet a élaboré, en collaboration avec les professionnelles scientifiques, la stratégie de repérage dans les sources de données susmentionnées. Ce processus était itératif afin d'optimiser la recherche documentaire. La recherche de la littérature scientifique dans les bases de données a été documentée par le conseiller en information scientifique.

Le choix de la méthodologie à employer selon les nouvelles questions d'évaluation repérées en cours de projet a été guidé par l'algorithme d'aide à la décision méthodologique visant un choix rapide et judicieux des meilleures données probantes à la [figure I-1](#) (tirée d'un document interne de l'INESSS).

**Figure I-1 Algorithme d'aide à la décision méthodologique visant un choix rapide et judicieux des meilleures données probantes**



\*Le terme document(s) est utilisé en référence aux lignes directrices ou aux revues systématiques le cas échéant

\*Récentes = Lignes directrices de pratique (LDP) datant d'au plus cinq ans; revue systématique (RS) datant d'au plus deux ans. Ces périodes sont à titre indicatif et représentent les périodes au-delà desquelles une mise à jour est requise. Par ailleurs, la définition de lignes directrices ou revues systématiques récentes devrait être basée à la fois sur l'exploration préliminaire de la littérature et sur la consultation des experts du domaine d'intérêt.

Prévoir un délai d'au moins trois mois si le scénario 4 est choisi. Le délai peut être estimé en jours (1; 2) ou en semaines (3) pour les autres scénarios.

L'algorithme peut être utilisé dans les projets à plusieurs questions d'évaluation ou dans le cas des réponses rapides.

## **Processus de mise à jour de repérage de la littérature et vigie informationnelle**

Les principaux sites Web d'agences d'évaluation ou de Sociétés savantes spécialisées dans le domaine en lien avec la thématique des travaux ont été consultés environ deux à trois mois avant l'étape de validation externe pour repérer de nouveaux documents ou des mises à jour de documents retenus.

### **Critères de sélection de la littérature**

La sélection des publications scientifiques pour la dimension clinique a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion établis ci-dessous ([voir le tableau I-2](#)). Les deux professionnelles scientifiques ont testé un échantillon aléatoire de citations pour s'assurer de la compréhension commune des critères de sélection des documents répondant aux questions de la dimension clinique. La sélection a ensuite été réalisée par lecture des titres et résumés, puis des textes intégraux. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour fins d'analyse.

Quant aux documents repérés par la recherche manuelle et par « boule-de-neige », une professionnelle scientifique en a effectué la sélection par lecture des titres et résumés, puis des textes intégraux à partir des mêmes critères. Une deuxième professionnelle scientifique a contrevérifié la liste des références de 25 % des documents inclus, et ce, selon l'ordre alphabétique des notices dans le logiciel bibliographique EndNote.

À l'étape de la sélection à partir de la lecture des textes intégraux, la raison d'une exclusion a été inscrite dans un tableau. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Page *et al.*, 2021], illustrant le processus de sélection des documents retenus pour les revues systématiques, a été élaboré.

Pour les revues narratives, aucun critère d'inclusion et d'exclusion n'a été préétabli. La sélection d'articles phares repérés à partir de la lecture des titres et résumés des publications scientifiques, captées lors de la recherche systématique de la littérature, la recherche manuelle ou la méthode « boule-de-neige », ont été basées sur le jugement d'une professionnelle scientifique. La sélection n'a pas été contrevérifiée par une deuxième personne.

**Tableau I-2 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents avec recommandations aux fins de la revue systématique (dimension clinique)**

Critères d'inclusion	
<b>POPULATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personnes de 14 ans ou plus</li> </ul>
<b>INTERVENTION D'INTÉRÊT (aspects à documenter)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antibiothérapie des infections confirmées à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i></li> </ul>
<b>PROFESSIONNELS À QUI S'ADRESSENT LES TRAVAUX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers)</li> </ul>
<b>OBJECTIFS CLINIQUES VISÉS (OUTCOME)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventions à réaliser pour la prise en charge de la personne atteinte et de ses partenaires d'un point de vue de santé publique</li> <li>▪ Déclaration obligatoire et gratuité de la médication</li> <li>▪ Informations préventives relatives aux autres ITSS</li> <li>▪ Évolution de la sensibilité des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> aux différents traitements</li> <li>▪ Généralités relatives au traitement pharmacologique d'une infection confirmée à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i></li> <li>▪ Principes de traitement pour la personne atteinte d'une infection confirmée à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i></li> <li>▪ Traitement pharmacologique de la personne atteinte d'une infection confirmée à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> selon les différents types d'infection ou de populations</li> <li>▪ Traitement pharmacologique de la personne atteinte aux prises avec une infection anale à <i>C. trachomatis</i> concomitante à une infection à <i>N. gonorrhoeae</i></li> <li>▪ Indications des tests de contrôle et nature de ceux-ci</li> <li>▪ Détection d'une possible réinfection</li> <li>▪ Traitement pharmacologique des partenaires sexuels asymptomatiques de la personne atteinte d'une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> (ou atteinte d'un syndrome compatible avec d'une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i>)</li> </ul>
<b>CONTEXTE CLINIQUE D'INTERVENTION (Health care setting and context)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ambulatoire</li> </ul>
<b>TYPE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guides de pratiques cliniques (GPC), consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices ou tout autre document présentant des recommandations cliniques</li> </ul>
<b>ANNÉE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2020 à 2024</li> </ul>
<b>LANGUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anglais, français</li> </ul>

Critères d'exclusion	
<b>POPULATION</b>	Aucun
<b>INTERVENTION D'INTÉRÊT (aspects à documenter)</b>	Aucun
<b>MILIEU ET CONTEXTE D'INTERVENTION</b>	Guide dont les recommandations sont ciblées pour des pays dont le réseau de la santé, la population et les pratiques cliniques sont très différents de ceux du Québec
<b>TYPE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents reprenant des recommandations d'un autre document retenu</li> <li>▪ Documents dont les recommandations reposent sur des recommandations de GPC obsolètes (publiés en deçà de 2020 et dont des mises à jour sont disponibles)</li> <li>▪ Revue systématique (avec ou sans méta-analyse) sans recommandation</li> <li>▪ Lettre d'opinion, lettre à l'éditeur, résumé de conférence, autre type de devis d'études primaires</li> </ul>

### Évaluation de la qualité méthodologique

Après une phase pilote concluante portant sur quelques publications incluses, l'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à l'aide des outils d'évaluation énumérés ci-dessous. Toute discordance a été discutée entre les deux professionnelles scientifiques et arbitrée par une troisième personne, lorsque cela était nécessaire.

Les guides de pratique clinique ont été évalués à l'aide de la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II) [Brouwers *et al.*, 2010a; Brouwers *et al.*, 2010b; Brouwers *et al.*, 2010c].

La qualité méthodologique des revues systématiques, des ouvrages de référence médicale ou des sources tertiaires en pharmacologie n'a pas été évaluée, tout comme les publications scientifiques retenues permettant de répondre à des questions portant sur les dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle.

Les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus à l'étape de la sélection à partir de leur lecture sont rapportés dans les annexes complémentaires du rapport.

### Extraction

Pour les documents qui intègrent des recommandations cliniques, seuls ceux dont la qualité méthodologique a été jugée acceptable, basée sur le domaine de la rigueur scientifique de l'outil d'évaluation AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*), ont été retenus pour l'extraction et l'analyse. De l'information et des recommandations cliniques de documents dont la qualité méthodologique a été jugée moins acceptable, mais dont la crédibilité scientifique semble indéniable ont été extraites

lorsqu'il n'y avait pas d'autre document de meilleure qualité méthodologique disponible pour répondre à la question d'évaluation.

Pour les études primaires, les résultats d'intérêts de toutes les études qui satisfaisaient aux critères de sélection ont été extraits.

L'extraction a été effectuée par une professionnelle à l'aide de tableaux d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les extractions ont été contrevérifiées par une deuxième professionnelle.

Par ailleurs, les informations et recommandations cliniques tirées d'ouvrages de référence médicale et de toutes autres publications scientifiques captées pour les revues narratives n'ont pas été extraites dans des tableaux. De même, les données provenant de revues systématiques n'ont pas été extraites. Les revues systématiques ont plutôt servi au repérage d'études primaires pertinentes pour la réalisation des travaux.

### **Analyse et synthèse**

Dans un premier temps, une courte synthèse des documents retenus à l'étape de sélection et l'appréciation de leur qualité méthodologique ou de leur crédibilité scientifique ont été effectuées par une professionnelle scientifique, puis validées par une seconde. Les documents comportant des recommandations qui ont été exclus en raison de leur qualité méthodologique jugée inacceptable y sont cités.

Dans un deuxième temps, une analyse critique des documents retenus pour la réalisation des revues systématiques et la captation des similarités et différences entre les informations, les recommandations, les données scientifiques extraites et les caractéristiques distinctives entre les documents ont été effectuées par une professionnelle scientifique. L'ensemble a été résumé dans une synthèse narrative en tenant compte de la qualité méthodologique des documents (p. ex., rigueur d'élaboration, indépendance éditoriale), et en exposant les limites et incertitudes associées à ces résultats. La force des recommandations extraites des guides de pratique clinique et lignes directrices ainsi que la qualité de la preuve scientifique qui appuie ces recommandations a été précisée lorsque celle-ci était disponible.

Aucune analyse ni synthèse des informations et recommandations cliniques tirées d'ouvrages de référence médicale et de sources tertiaires en pharmacologie n'a été effectuée. Le contenu de ces sources a servi davantage à alimenter les discussions avec les parties prenantes.

## Méthode de synthèse des données et éléments contextuels

Les éléments contextuels peuvent, entre autres, inclure des : lois, règlements, normes, programmes, services pour la population ou les personnes atteintes d'une maladie, services de télésanté, soins virtuels, outils cliniques élaborés par des établissements québécois, critères de remboursement propres au Québec ou au Canada, statistiques ou données de santé. La collecte de ces informations sert généralement à documenter des aspects des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle.

### Lois, règlements, normes, programmes, plans d'action, répertoires, critères de remboursement propres au Québec ou au Canada

#### Type de revue de la littérature

Revue narrative<sup>7</sup> de la littérature.

#### Sources de données et stratégie de collecte

Une recherche manuelle a été effectuée par une professionnelle scientifique en consultant les sites Web des gouvernements fédéraux, territoriaux et provinciaux, de regroupements, de communautés de pratique ou de sociétés savantes spécialisées dans le domaine des travaux, ou encore, ceux d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels du Québec et du Canada.

Les monographies officielles homologuées par Santé Canada ont été consultées par le biais de l'*Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties (e-CPS)*.

#### Extraction

À l'exception des informations tirées des monographies, aucune extraction dans un tableau n'a été accomplie pour les autres aspects documentés servant à contextualiser l'information ou les recommandations tirées des documents retenus aux fins d'analyses. L'extraction a été réalisée par une professionnelle scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis. Les extractions ont été vérifiées par une deuxième professionnelle.

#### Analyse et synthèse

Une analyse des renseignements pertinents relatifs aux éléments contextuels à documenter a été effectuée en soulignant les similitudes et les divergences entre les différentes sources d'information. Les éléments contextuels pertinents pour les travaux ont ensuite été synthétisés de façon narrative par une professionnelle scientifique, puis vérifiés par une deuxième personne.

---

<sup>7</sup> Selon la définition de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une revue narrative se définit comme étant une revue ayant pour objectif de « présenter un état de connaissances, une synthèse, une information de base ou une vue d'ensemble de la littérature scientifique publiée sur un sujet spécifique » [INSPQ, 2021].

## **Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations**

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre du présent rapport « Guides et normes ». Cette collecte de données à partir de consultations a permis de compléter les autres sources de données pour mieux répondre aux questions d'évaluation, puis d'apprécier différents aspects des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle importants pour le jugement de valeur. Les échanges réalisés ont permis de comparer notamment l'information recensée dans la littérature à celle issue de la pratique clinique québécoise, de recueillir des données et savoirs expérimentiels, des enjeux, des barrières et des facilitateurs à la pratique. Les noms des personnes consultées sont indiqués dans les pages liminaires du rapport associé aux travaux.

### **Stratégie de collecte, processus et approche pour garantir la qualité et l'intégrité de l'information recueillie**

#### **Comité consultatif**

Afin de documenter la perspective des cliniciens et de préciser les enjeux cliniques, professionnels et organisationnels en lien avec la thématique des travaux, un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet. Il était composé de professionnels de la santé de différentes spécialités ayant des expertises diverses en lien avec la thématique des travaux. Le comité consultatif avait pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité des recommandations formulées et des livrables, et ce, en fournissant de l'information contextuelle (p. ex., organisation des soins et services, trajectoire) et expérimentielle, de l'expertise, des opinions sur les enjeux professionnels et organisationnels de même que les barrières et facilitateurs à la prestation de soins et services, ou d'autres perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants. Les comptes rendus ont été rédigés par une professionnelle scientifique. Ces documents indiquent la date, le lieu, un résumé des échanges et les précisions sur le suivi à effectuer. Les comptes rendus ont été validés par les membres de l'équipe de projet présents aux rencontres. Ces documents ont été consignés dans un espace de travail commun alloué aux présents travaux.

#### **Analyse et synthèse**

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des comptes rendus par une professionnelle scientifique selon des thèmes liés aux questions d'évaluation. Une portion de l'information extraite a été validée par un autre membre de l'équipe pour assurer la concordance avec ces thèmes. Ces documents ont servi de base pour étayer la perspective des cliniciens dans l'ensemble des documents produits. Une synthèse narrative a été réalisée afin de comparer entre-elles les informations tirées des

différentes perspectives recueillies. Une deuxième personne s'est assurée de la justesse des propos rapportés.

## Méthodes d'analyses pharmacoéconomiques et d'impact budgétaire

Aucune analyse pharmacoéconomique et d'impact budgétaire n'a été effectuée puisque les travaux visaient principalement à soutenir la pratique clinique des professionnels de la santé et qu'aucune recommandation à l'attention des décideurs n'a été élaborée.

### Processus et méthode de mise à jour des recommandations et du contenu de l'outil clinique

Les recommandations ont été élaborées en collaboration avec le comité consultatif. Pour chacune des questions d'évaluation, l'ensemble de l'information recueillie a été colligé en fonction des grandes étapes du cheminement clinique. Pour mettre à jour les propositions de recommandations cliniques et de l'outil clinique<sup>8</sup>, l'ensemble de la preuve a été analysé en considérant les dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle en tenant compte des nouvelles données scientifiques, de l'information clinique ou des recommandations de bonnes pratiques cliniques, des données et éléments contextuels et des perspectives des parties prenantes. Un tableau qui met en parallèle l'information originale, les nouvelles données et les propositions préliminaires de modifications aux recommandations a été élaboré à partir des critères présentés ci-dessous ([voir le tableau I-3](#)). Basé sur l'ensemble de la preuve, cet outil associe le temps du verbe avec le niveau de confiance que les bénéfices d'adopter une recommandation excèdent les inconvénients ainsi que le niveau attendu d'adoption de celle-ci.

Les membres du comité consultatif ont d'abord été invités à échanger, dans un processus itératif informel, sur l'ensemble de la preuve, et à réagir sur les propositions préliminaires formulées par l'équipe de projet et destinées ultimement à l'élaboration de l'outil clinique. À cette étape, ils ont été invités à considérer la qualité de la preuve scientifique, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers, puis à examiner les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité ainsi que les répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources afin d'en venir à une décision pour chacune des propositions. Les principaux constats découlant de ces consultations ont été compilés et analysés. Le contenu a été retenu après l'approbation de la majorité des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure une information ou une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée, puis soumise à nouveau aux membres.

---

<sup>8</sup> Le singulier est utilisé pour alléger le texte, mais plusieurs outils cliniques peuvent être réalisés dans un même projet.

Dans un deuxième temps, les membres du comité consultatif se sont prononcés par courriel sur les documents finaux. L'approbation finale des recommandations, contenues dans l'outil clinique, a été considérée comme unanime lorsque 100 % des participants étaient en accord, majoritaire lorsqu'au moins 80 % des participants étaient favorables. Un avis partagé a été considéré lorsque 51 % à 79 % des membres étaient en accord. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure une information ou une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée, puis soumise à nouveau aux membres.

À la suite des rencontres, le rapport et l'outil clinique élaborés par l'équipe de projet ont été envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires et les informer de l'issue des recommandations cliniques à la suite du processus itératif. Les documents ont ensuite été soumis à un processus de validation externe. Lorsque des changements au contenu ont été proposés en cours de validation, les membres du comité consultatif ont été consultés par courriel afin de vérifier la pertinence de reformuler ou non les recommandations.

**Tableau I-3 Formulation des recommandations**

Niveau de consensus base sur l'ensemble de la preuve	Interprétation des recommandations	Directive pour la formulation de la recommandation
<p>Le groupe de travail est certain que l'intervention ou la décision est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ associée à une obligation légale</li> <li>✓ peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé ou le bien-être de la population si elle n'est pas appliquée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>doit ou ne doit pas être appliquée</u></b> à l'ensemble des patients, usagers ou proches aidants.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>doit ou ne doit pas être appliquée</u></b> à l'ensemble des situations.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une norme ou une obligation, en utilisant le verbe « devoir », ou le verbe à l'infinitif.</p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients ou l'inverse; et</li> <li>✓ que l'intervention ou le choix de la décision est raisonnable dans le contexte québécois, voire efficient (coût-efficacité) – s'applique surtout pour l'introduction d'un nouveau traitement ou technologie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>devrait ou ne devrait pas être appliquée</u></b> à la grande majorité des patients, usagers ou proches aidants, dans la majorité des situations.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>devrait être appliquée</u></b> à l'ensemble des situations.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une instruction directe, en utilisant le verbe « devoir » à la forme conditionnelle, suivi d'un verbe d'action, ou en utilisant un verbe d'action directif à l'infinitif (p. ex., prescrire, recourir, mesurer, administrer, discuter, demander).</p>

Niveau de consensus base sur l'ensemble de la preuve	Interprétation des recommandations	Directive pour la formulation de la recommandation
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients ou l'inverse,</li> <li>✓ l'intervention ou le choix de la décision est efficient (coût-efficacité) – s'applique surtout pour l'introduction d'un nouveau traitement ou technologie,</li> <li>✓ mais que d'autres options d'intervention ou d'autres choix décisionnels tout aussi efficaces, mais moins dispendieux sont disponibles et peuvent être considérées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>pourrait ou ne pourrait pas être appliquée</u></b> selon les circonstances cliniques, les valeurs ou les préférences des patients, usagers ou proches aidants.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>pourrait être</u></b> appliquée selon le contexte organisationnel.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une instruction directe;</p> <p>en utilisant un verbe « pouvoir » à la forme conditionnelle,</p> <p>ou</p> <p>en utilisant un verbe d'action subjectif (p. ex., proposer, envisager, considérer, offrir, suggérer)</p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En l'absence de données probantes, les données expérientielles sont suffisantes pour l'élaboration d'une recommandation applicable à la plupart des patients, usagers ou proches aidants; ou à certains choix décisionnels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>pourrait être considérée au cas par cas</u></b> selon les circonstances cliniques, les préférences et les valeurs des patients, usagers ou proches aidants.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics Le choix décisionnel <b><u>pourrait être considéré au cas par cas</u></b> selon le contexte organisationnel.</li> </ul>	<p>Le verbe « considérer / envisager au cas par cas » est utilisé.</p>

### Validation par les pairs

Des lectrices externes ont été invitées à évaluer la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale des travaux. Elles ont été choisies selon leur expertise, leur milieu de pratique et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec. Ces personnes ont été conviées à formuler des commentaires sur une version préliminaire du rapport « Guides et normes », du GUO et de l'algorithme. Bien qu'elles aient révisé l'ensemble du contenu présenté dans les documents, les lectrices externes n'ont pas révisé ni approuvé les versions définitives.

De plus, afin de s'assurer de la qualité globale du GUO et de l'algorithme, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des recommandations, des futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du Québec ont été sollicités pour répondre à un sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur une version préliminaire de ces deux documents. Les futurs utilisateurs n'ont pas validé la version définitive des documents.

Les commentaires des lecteurs externes ainsi que ceux des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet, reproduits dans des tableaux récapitulatifs et consignés dans un espace de travail commun. Selon la nature des commentaires et la valeur ajoutée de cette perspective clinique nouvellement recueillie, les documents ont été ajustés en conséquence.

Les noms et affiliations des lecteurs externes et des futurs utilisateurs figurent dans les pages liminaires du présent rapport.

### **Confidentialité et considérations éthiques**

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme afin de protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux, à l'exception des informateurs clés, a été invité à prendre connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

### **Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles**

Toute personne appelée à collaborer a dû déclarer les intérêts ou rôles d'ordre personnels, professionnels ou institutionnels susceptibles de la placer dans une situation propice à la survenue de conflits d'intérêts ou de rôles, comme définis dans la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les déclarations remplies par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet. Cette évaluation a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer, selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles et les modalités de gestion qui ont été mises en place sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du rapport « Guides et normes », par souci de transparence.

## ANNEXE II

### Description des documents retenus

Une recherche systématique a été effectuée afin de repérer des documents présentant des recommandations de bonne pratique clinique concernant les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*. Cela a permis de repérer 1 716 documents publiés entre janvier 2020 et février 2024 auxquels s'ajoutent 40 documents provenant de la littérature grise, avec une veille effectuée jusqu'en juin 2024. À la suite du processus de sélection, 10 documents publiés par différentes associations ou sociétés savantes en lien avec les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ont été retenus, soit :

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
  - *Infections transmissibles sexuellement et par le sang : Guides à l'intention des professionnels de la santé* [ASPC, 2022]
- Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM)
  - *Australian sexually transmitted infection (STI) management guidelines for use in primary care* [ASHM, 2022]
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)
  - *2018 UK national guideline for the management of infection with Neisseria gonorrhoeae* [Fifer et al., 2020]
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
  - *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021* [Workowski et al., 2021]
- Government of Yukon
  - *Yukon Treatment Guidelines for Sexually Transmitted Infections (STI) in Adolescents and Adults, 2020* [Government of Yukon, 2020]
- International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)
  - *2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults* [Unemo et al., 2020]
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)
  - *Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis* [Jespers et al., 2023]
- Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia (NNPBC)
  - *Sexually Transmitted Infections* [NNPBC, 2021]
- Public Health Ontario (PHO)
  - *Ontario Gonorrhoea Testing and Treatment Guide, 2nd Edition* [PHO, 2022]

- World Health Organization (WHO)
  - *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections* [WHO, 2021]

Ces documents ont été évalués et la qualité méthodologique de deux d'entre eux a été jugée inadéquate pour leur utilisation selon l'outil d'évaluation AGREE II, avec des lacunes importantes en ce qui a trait à la rigueur d'élaboration [NNPBC, 2021; Government of Yukon, 2020].

D'autres documents de référence, dont la qualité méthodologique n'a pas été appréciée, ont également été utilisés dans le cadre des travaux. Il s'agit, entre autres, de plusieurs documents québécois publiés par le MSSS ou l'INSPQ et de monographies de médicaments. Les monographies de l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) concernant les traitements recommandés dans le GUO (amoxicilline, azithromycine, céfixime, ceftriaxone, doxycycline, gentamicine, fluoroquinolones) sont celles qui ont été consultées.

Le processus de sélection des documents à partir de la recherche systématique de la littérature scientifique et de la recherche de la littérature grise, sous forme de diagramme de flux, la liste des documents exclus, ainsi que la description et l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus sont présentés dans le document *Annexes complémentaires*.

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

